

ID番号 ( )

初診時間診表 20170708

フリガナ				
氏名	性別	男・女	年齢	才
郵便番号〒( )				
住所			電話番号(自宅):	
体温: 自宅( )°C	院内( )°C	携帯電話 (お持ちの方は必ず):		

本日の相談内容をお書きください

いつ頃から [ ]

どのような症状(できるだけ具体的に)

[ ]

妊娠の有無 無・有・可能性有り(可能性有りの場合、最終月経の開始時期 月 日)

授乳の有無 無・有

飲酒の有無 無・有 (付き合い程度・週に 日程度・毎日)

喫煙の有無 無・有 ( 本/日) できれば禁煙したいと(思う・まったく思わない)

便秘や下痢はありますか はい / いいえ 「はい」の方・・・便秘・下痢

排便について ・毎日順調 ・1~2日に1回 ・2~3日に1回 ・4日以上出ないことがある

下痢について 1日の排便回数:多いときで ・1~2回 ・3~4回 ・5回以上

以下の病気はお持ちですか?

① 緑内障(眼圧が高い) はい / いいえ ② 不整脈もしくは心臓病 はい / いいえ

③ 前立腺肥大(男性) はい / いいえ ④ 高血圧 はい / いいえ

⑤ 糖尿病 はい / いいえ ⑥ 気管支喘息 はい / いいえ

他に今まで入院が必要であったり、継続して薬の治療が必要であった病気はありますか?

[ ]

現在内服中のくすりの名前を教えてください

[ ]

その他現在内服中の薬がありましたらお薬手帳などを診察室で医師に提示してください

薬のアレルギーはありますか? はい / いいえ

薬に対するアレルギーのあるかたは原因となった薬品名をお書きください

[ ]

麻酔の注射で気分が悪くなったり副作用を生じたことはありますか? はい / いいえ

抗凝固剤(ワーファリン)や抗血小板剤(小児用パファリン、バイアスピリン)

などの血液を固まりにくくさせる薬を内服していますか? はい / いいえ

血縁者・家族で癌の方はいますか? はい / いいえ

上記質問で‘はい’と答えた方へ・・・分かる範囲でご自身との関係、癌の部位などお書きください

[ ]

当院を受診されたきっかけをお教え下さい

1 電話帳 2 インターネット(パソコン、スマートフォン) 3 電柱・駅の看板広告

4 医師・知人の紹介・・・差し支えなければ紹介元の病院もしくは紹介者の方のお名前:

5 以前当院に受診したことがある 6 その他 ( )

以下の質問は該当する方のみご記入ください。回答が難しければ白紙でも結構です。

※おしりの症状で受診された方へ。手術を前向きに検討されていますか? はい / いいえ

※おなかやおしりの症状のある方へ。内視鏡検査を希望されますか? はい / いいえ

※ドッグセラピーは患者さんの緊張や不安を和らげるために医療や介護の現場

で行われる動物介在療法の一つです。ドッグ・セラピーについてご存じでしたか? はい / いいえ

※今後手術や内視鏡が必要になった際、ドッグ・セラピーに興味はありますか? はい / いいえ