# 初めて診察をお受け頂く方へ

内科・胃腸内科
むらのクリニック
Murano Clinic

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正<br>昭和　　年　　月　　日生<br>平成　　（　　才）（男・女） |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒　　－ | 電話 | 自　宅<br>携帯電話<br>勤務先 |

＊ 下記の項目については診療上、大切なことですので必ずご記入下さい。

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 現在の症状は？ | |
| | いつから　　（　　）<br>どのような症状　（　　） | |
| 2 | 発熱は？ | あり（　　℃）　　なし |
| 3 | 現在医師の治療を受けたり，服用している薬はありますか？ | はい（薬名　　）　いいえ |
| 4 | 今までにかかった病気について○印をつけてください。 | |
| | 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病・呼吸器病<br>腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他（　　） | |
| 5 | 以前に手術を受けたことがありますか？ | はい　いつごろ（　　）<br>病名は？（　　）　いいえ |
| 6 | 以前に薬や注射，または食品でアレルギー（発疹・気分不良など）を起こしたことがありますか？ | はい<br>薬や食品の名前（　　）　いいえ |
| 7 | お酒・タバコはどれくらいのみますか？ | 1日　お酒　　合，ビール　　本，たばこ　　本 |
| 8 | 血縁の方に病気があれば○印をつけてください． | |
| | 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病・呼吸器病<br>腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他（　　） | |
| 9 | 現在妊娠してますか？（女性の方のみご記入ください） | |
| | はい　　いいえ　　わからない（最終月経日　　） | |
| 10 | 希望される医師<br>（※必ずご記入ください） | □ 診察　1. どちらでも良い　2. 男性医師　3. 女性医師<br>□ 検査説明　1. どちらでも良い　2. 男性医師　3. 女性医師<br>□ 大腸検査　1. どちらでも良い　2. 男性医師　3. 女性医師<br>□ 胃検査　1. どちらでも良い　2. 男性医師　3. 女性医師 |

アンケート：今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力の程お願い致します。

| | | |
|---|---|---|
| 11 | 当院を受診されたきっかけは？ | 1. 紹介・勧められて　　紹介者：<br>2. ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・HP　　3. 診療所の前を通り掛って<br>4. その他　　（　　） |