

藤原クリニックを初めて受診される方へ

初診受付日:

受診前にみなさまの病状をお聞かせください。 ※保険証の控えを頂いております

ID: _____

フリガナ セイ

メイ

お名前 姓

名

性別:

妊娠中

授乳中

生年月日:

年

月

日

(歳)

職業:

〒

住所

電話番号:

メールアドレス

①お困りのこと(症状)は何ですか? それはいつからですか?

職員記入欄

熱 咳 痰

鼻水 のどの痛み 呼吸や胸の状態

怠さ 頭痛 初めて症状を感じた日

②(1) 今まで病気はありますか? いままでのご病気に をつけてください。

(2) その年齢と治療内容についてわかる範囲でお書きください。

職員記入欄

F.H. BA () AD ()

既往歴:

(1) 喘息 花粉症 アトピー 心筋梗塞 心不全 不整脈 脳梗塞 くも膜下出血 肺炎

結核 肺気腫 間質性肺炎 糖尿病 高血圧 高脂血症 癌 緑内障 前立腺肥大

その他 (※過去の入院)

(2) 治療内容 ()

③飲んでおられるお薬を教えてください。ない場合は「なし」と書いて下さい。 お薬手帳があれば写真またはコピーを添付して下さい。

()

④たばこ:

歳から

歳まで1日

本(平均)吸っていた

1年以上喫煙歴がある方は右も記入して下さい。

または吸っている

年

月

日に禁煙した

⑤お酒:

ビール (本/) ウイスキー (杯/)

日本酒・焼酎 (合/) その他 ()

⑥薬物アレルギー:

(薬品名)

⑦食物アレルギー:

(食品名)

ご協力ありがとうございました。 送り先: info@fujiwara-cl.jp Fax: 03-3821-3768

看護師記入欄

身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____

小児は必ず記入して下さい

血圧: _____ / _____ mmHg 脈拍: _____ 回/分 体温: _____ °C SpO2: _____ %