フリガナ お 名 前	生年　明・大・昭・平・令　年 月日　月　日　歳	男 女
郵便番号　〒 ご 住 所		
電話番号【携帯など日中つながる番号をお願いします】　（　）		
記 入 者　本人・付添者（お名前：　ご関係：　電話：　）		

今朝の体温は何度でしたか？　度
同居している方で 2 週間以内に発熱した方はいますか？　いる　・　いない

はじめて（久しぶりに）受信される方へ

1. いま一番気になることはなんですか？　（本日受診した理由をおしえてください）

・頭が痛い　・頭が重苦しい　・めまいがする　・口がもつれる
・手足に力がはいらない　・手足がしびれる　・物わすれ　・頭をぶつけた
・交通事故にあった（事故日　年　月　日）・その他（　）

2. その状況をくわしくおしえてください　（あとで看護師が詳しくお聞きします。無記入でもかまいません）

3. 今、飲んでいる薬があればおしえてください
（「お薬手帳」を持っていたら受付にお出しください）

4. 今までにかかったことがある病気があればおしえてください

・高血圧　・高脂血症　・糖尿病　・狭心症　・不整脈　・痛風
・その他（　）
今までにうけた手術（　歳頃：　）

5. 検査の薬（造影剤など）や、食べ物のアレルギーがあればおしえてください

6. 身内の方で頭の病気をした方がいればお書きください

7. 当クリニックを何でお知りになりましたか

知人の紹介　医師の紹介　インターネット　電話帳　駅看板
家族が受診　通り道　施設・学校の紹介　その他（　）

令和　年　月　日