

はじめて来院された方へ

井上内科クリニック

ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所	〒 -			
自宅電話	-	-	携帯電話	-
緊急連絡先	(ご家族など)	-	-	連絡先名 ()
ご職業	会社員・自営業・公務員・主婦(専業・パート)・学生・その他()			

①今日はどうなさいましたか？ご希望の診療に○をお付け下さい。

1. 糖尿病 2. 高血圧症 3. 高脂血症(脂質異常症) 4. 高尿酸血症
5. 甲状腺・内分泌 6. 禁煙 7. かぜ 8. その他()

②このクリニックをお知りになったきっかけをお教えてください。

1. 家族・知人 2. 他院 3. 保健センター 4. ホームページ
5. 看板広告 6. 電話帳 7. その他()

③心臓ペースメーカーをお使いでしょうか？

1. はい 2. いいえ

④喫煙についてお伺いします。

1. 現在吸っている (1日 ___ 本、___ 歳から)
2. 過去に吸っていた (1日 ___ 本、___ 歳から ___ 歳まで)
3. まったく吸ったことがない

⑤アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症等)

1. あり 2. なし

「2. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

どんなもので	症状	いつ頃	スタッフ記入欄
		歳	
		歳	
		歳	

(裏面へつづく)

