

# 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)

