



記入日 年 月 日 記入者 本人・付添い(本人との関係 )

ふりがな			
氏名			男・女
生年月日	T・S・H	年	月 日 (満 歳)
現住所	〒		
自宅電話		携帯電話	

1. 当クリニックを何で知りましたか？(複数☑チェック可)

- yahoo 検索    google 検索    病院なび    その他のホームページ (サイト名 )  
ぱど            北越谷駅ナカの看板    ビル壁面の看板    マツキヨ折り込みチラシ  
他院から紹介    紹介された(知人・家族)    その他( )

2. 今日相談したいことは何ですか？

3. 以前、治療を受けた経験はございますか？またその時どのような治療や説明を受けましたか？


- ある       詳しくお書きください  
ない

4. 今現在、ご使用中のお薬はありますか？(市販の薬・健康食品も含む)

- ある       具体的な薬名、食品名  
ない

裏  
面  
へ  
続  
き  
ま  
す

5. 薬、食物によるアレルギーや、副作用歴があれば教えてください

ある  ない

具体的な薬名、食物名と副作用の症状

6. 下記のあてはまる項目に☑を入れて、( )内にその数字を記入してください

- ・たばこ……吸わない 吸う [およそ1日平均( )本・約( )年間]
- ・アルコール……全く飲まない たまに飲む ほぼ毎日飲む[量( )]
- ・睡眠……睡眠時間( )時から( )時 ( 良好 普通 不良 )  
[ 寝つきが悪い 何度も目が覚める 朝早くに目が覚める 熟睡感がない]
- ・食欲……良好 普通 食べられない 食べ過ぎる
- ・最近の体重の変化……増加 不変 減少 [具体的に( )カ月に( )kg]
- ・運転……しない する ( 仕事で毎日 通勤で毎日 休日のみ その他 )

7. これまでの生活・学歴・職歴についてお答えください

- ①生まれたところ( )
- ②最終学歴( ) 卒業・在学中・中退
- ③現在のお仕事は、どのような仕事ですか？ また、その仕事についてどのように感じていますか？

( )

④これまでの仕事について

- ・ 歳～ 歳まで (職種: )
- ・ 歳～ 歳まで (職種: )
- ・ 歳～ 歳まで (職種: )

8. 家庭についてお答えください

- ・何人兄弟・姉妹の何番目ですか？( )人中 ( )番目(男 )人・女 )人)
- ・結婚はされていますか？ 未婚 既婚( )歳の時) 離婚
- ・子どもはいますか？ いる いない( )人(男 )人・女 )人)
- ・両親は健在ですか？ 父親 ( 健在 病気 死去)・ 母親 ( 健在 病気 死去 )
- ・一緒に住んでいるのは誰ですか？( )

9. 女性の方のみ、お答えください

- 現在生理中ですか？【いいえ はい】 現在妊娠中ですか？【いいえ はい( )カ月】
- 現在授乳中ですか？【いいえ はい】 妊娠の可能性がありますか？【いいえ はい】

10. ほかに医師に伝えておきたいこと、聞いてみたいことがあれば自由にご記入ください

( )

ありがとうございました。受付にお渡してください。