記入日：令和　　年　　月　　日　　18歳以上　S・Q・S・Q・　N　A　/7

ふりがな お名前	生年月日（ 明 大 昭 平 ） 年　月　日	年齢 歳	性別 男 ・ 女
ご住所 （〒　　－　　）		電話番号 －　－	
★緊急連絡先★ （検査異常、忘れ物があった場合などに必要です。必ずご記入ください。） 日中連絡がつく電話番号（　－　－　）　携帯電話・勤務先・その他（　）			
職業 （　　）　家族構成（　　）人（ご本人含む）			

① **どのような症状、目的で来院されましたか。**該当する番号に〇をつけ□内にご記入ください。

1．定期受診　2．相談　3．体調不良 （→別紙にもご記入ください） 4．健康診断（検診）

5．健診（検診）異常　6．いびき・無呼吸検査　7．禁煙治療　8．その他
（検診結果を受付にお見せください）　（ □内にご記入ください）

② **今までかかった主な病名にチェック（レ）**またはご記入ください。**その時の年齢**を教えてください。

□ 特になし		□ 高血圧	歳頃	□ 脳卒中	歳頃	□ 気管支喘息	歳頃
□ 緑内障	歳頃	□ 糖尿病	歳頃	□ 脳梗塞	歳頃	□ 肺気腫	歳頃
□ 前立腺肥大症	歳頃	□ 脂質異常症	歳頃	□ 脳出血	歳頃	□ 慢性閉塞性	
□ 心臓病	歳頃	（コレステロール・中性脂肪が高い）		□ くも膜下出血	歳頃	肺疾患（COPD）	歳頃
□ 心筋梗塞	歳頃	□ 胃潰瘍	歳頃	□ リウマチ	歳頃	□ アトピー性皮膚炎	歳頃
□ 狭心症	歳頃	□ 十二指腸潰瘍	歳頃	□ 膠原病	歳頃	□ アレルギー性鼻炎	歳頃
□ 不整脈	歳頃	□ 肝臓病	歳頃	□ 骨粗しょう症	歳頃	□ 花粉症	歳頃
□ 心臓ペースメーカー	歳頃	□ 腎臓病	歳頃	□ がん・腫瘍（部位　　）			歳頃

□ **その他**（下記にご記入ください）　**※　かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください**

（　　歳頃　病名：　　）

（　　歳頃　病名：　　）

③ **今までに入院や手術をしたことがあれば教えてください**

（　　歳頃　病名：　　）

（　　歳頃　病名：　　）

④ **現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください**

（医療機関名　　病名：　　）

（医療機関名　　病名：　　）

⑤ **現在服用中のお薬はありますか**（お薬手帳をご呈示くだされば助かります）

1．ある（薬剤名：　　）　2．ない

裏面の質問にもご回答ください