

受付票

当院記入欄です→

--

ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢
		歳
住所	〒	
電話番号	— —	
携帯番号	— —	

医療法人社団 あいだクリニック循環器内科

ID

お名前

様

今日はどのような目的で受診しますか？

1. 症状があったため

◇ いつごろからですか？

◇ どのような症状ですか？

◇ 現在症状は続いていますか？

はい ・ いいえ

2. 検診などで受診をすすめられたため

◇ 内容

3. 以前からほかの医療機関で治療を受けていたため

◇ 内容

4. その他

これまでに入院や継続して通院した疾患があれば教えてください。

薬や食品へのアレルギーがあれば教えてください。

妊娠中または授乳中の方は医師にお申し出ください

喫煙習慣についてお尋ねします（当てはまるものに○）

- ① 喫煙している _____歳から今日まで平均_____本くらい
- ② 喫煙していた _____歳から禁煙中
- ③ 現在も過去も喫煙していない

飲酒習慣についてお尋ねします。（当てはまるものに○）

- ① 毎日または、ほぼ毎日飲む
- ② 週3～4回程度
- ③ 週1～2回程度
- ④ 月1～2回程度
- ⑤ ほとんど飲まない

◇ 一回に飲む量は

- ① 1合以下
- ② 1～2合
- ③ 2合以上

肉親の方に以下の病気があれば教えてください。（当てはまるものに○）

- ① 心疾患
- ② 高血圧
- ③ 高脂血症
- ④ 糖尿病
- ⑤ 突然死
- ⑥ 悪性腫瘍
- ⑦ 遺伝性疾患

あらかじめ医師に伝えておきたいことがあればご記入ください。

当院を受診したきっかけをお知らせください。

- ① 他院からの紹介
- ② 知人の紹介
- ③ 直接当院をみて
- ④ 電柱広告・バス広告・バスの車内放送
- ⑤ タウンページ・iタウンページ
- ⑥ 案内雑誌
- ⑦ インターネット（サイト：当院のホームページ、その他）