ID



　　受診日　　　 2022年　　月　　日

**みつるクリニック**　　　紹介状　有・無 / 検査データ　有・無 / お薬手帳　有・無

|  |  |
| --- | --- |
| **来院の動機** | □症状があり診察を希望  □健康診断  □健康診断や人間ドッグ後の精査(検査結果の持参 有・無)  □他院からの転院を希望(紹介状、検査結果の持参 有・無)  □セカンドオピニオン  □知人からの紹介  □その他( 　 ) |
| **受診を希望される疾患** | □糖尿病  □高血圧症  □肥満症、メタボリック症候群  □ニコチン依存症(禁煙外来)  □その他( 　 ) |
| **食事摂取の有無** | 本日、来院前に食事は召し上がりましたか？  □食べた(食べ始めた時刻　　時　 分)　□食べていない |
| **薬や食べ物の**  **アレルギーはありますか？** | 有　・　無  食品( 　　　　　　　　　　　　　　　 )  お薬( 　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| **女性の方にお聞きします** | 現在妊娠中ですか？  はい　( ヶ月) ・　いいえ　・　わからない  現在授乳中ですか？  　　はい　・　いいえ |
| **その他、何かございましたら**  **ご記入ください** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | 男・女 | 歳 | 生年月日  　　　　年 月 日 |
| **お名前** |  |
| **ご住所** | 〒 | | | 自宅電話 ( - - )  携帯電話 ( - - )  緊急連絡先 ( - - )  続柄　 ( 　 　【同居】有・無) |

□脂質異常症(高脂血症)

□高尿酸血症(痛風)

□睡眠時無呼吸症候群

□内分泌疾患