

ID

紹介状　有・無 / 検査データ　有・無 / お薬手帳　有・無

**みつるクリニック**

　　受診日　　　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **来院の動機** | □ 症状があり診察を希望 □ 健康診断(特定健診、一般健診)目的□ 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** |  |

□ 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) |