初診票　　年　月　日(　)　西暦(初診)　-通しNo.　-枝番

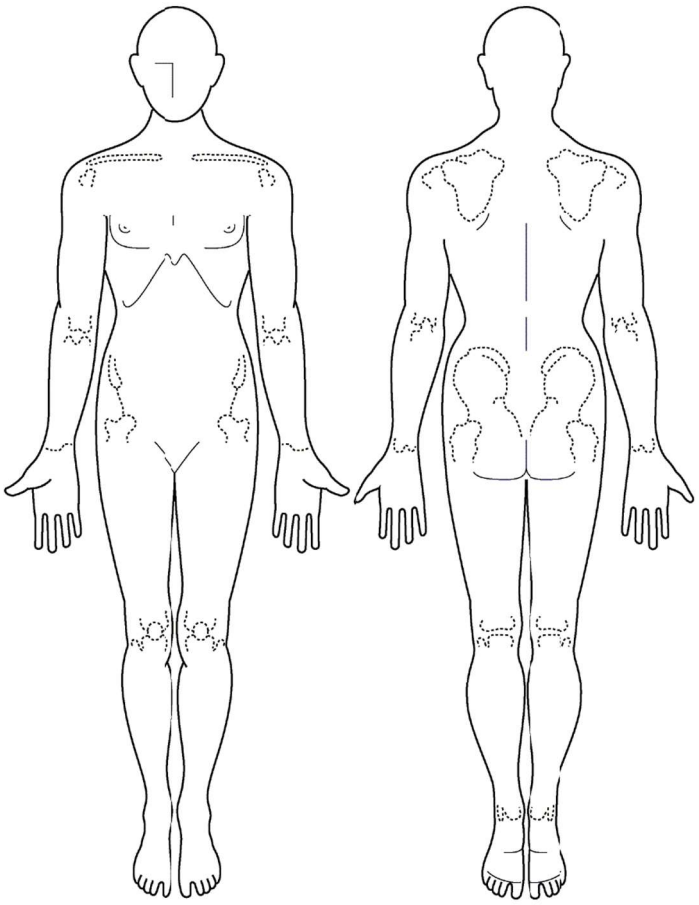
※この枠の中を記入して下さい。 medical interview sheet

NAME フリガナ 氏　名	Surname　First name　X 男M 女F	Address 住　所	〒
D.O.B 生年月日	T・S・H・R＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生 (西暦＿＿＿＿年)　(＿＿＿歳)	TEL 電話･携帯	Home or Mobile or Work －　－
Occupation 職　業		Email メール	
紹介者	How did you hear about us? 1. WEB(HP・エキテン・facebook・ほか) 2. 新聞／雑誌(News paper etc.) 3. 友人(Friends)病院(Hospital)など ＿＿＿＿＿＿＿＿ 4. その他(Others)	未婚・既婚　＿＿歳(子供＿＿人)・離婚・死別 スポーツ歴　Sport ＿＿＿＿＿＿＿＿(週＿＿回)	

食事　＿＿＿＿食/日　食欲　有・無
好きな食べもの　＿＿＿＿＿＿＿＿
毎日食べるもの　＿＿＿＿＿＿＿＿
良く食べるもの　＿＿＿＿＿＿＿＿

身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg　(最近の増減　無・有)
血圧　＿＿＿/＿＿＿mmHg
視力　右＿＿＿＿　左＿＿＿＿
コンタクト　不使用・使用(ソフト・ハード)
平熱＿＿＿＿℃
アレルギー　無・有(＿＿＿＿＿＿＿＿)
その他

※痛み、凝り、痺れなど不快を感じるところに○印または線を引いてください。



What is/are your main complaint(s)?
一番つらい所はどこですか？(病名)

＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

いつ頃から、どのような症状が起きましたか？
(発症日時・部位・病状・経過)

＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

病院に行きましたか？
治療中・経過観察中・診断のみ
・その他(＿＿＿＿＿＿＿＿)
治療内容など　＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

現在服薬中の薬　＿＿＿＿＿＿＿＿
サプリメント　＿＿＿＿＿＿＿＿

嗜好品　酒　無・有(＿＿回/週)　(日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー・他)
煙草　無・有(＿＿本/日×＿＿年)
その他

睡眠　起床　時　分　就寝　時　分
寝付き(良・悪)、寝汗(有・無)
夢(有・無), いびき(有・無), はぎしり(有・無)

FAMILY MEDICAL HISTORY(s) 家族歴	※血縁関係にある方の病気歴(いつ、病名、経過) 父　＿＿＿＿＿＿＿＿ 母　＿＿＿＿＿＿＿＿ その他　＿＿＿＿＿＿＿＿	尿	＿＿回/日　※気になること (色　泡　匂い　残尿感　痛み　他　)
		便	＿＿回/＿日　※気になること (下痢　便秘　血　痔　他　)

担当(　)