

記入日： 平成 年 月 日

初診時間診票(免疫療法・温熱療法)

治療の参考にさせていただきますので、できる限り詳しくご記入下さい。

フリガナ

氏名： _____ (歳) 配偶者(有・無) _____

職業： _____

趣味： _____

身長： _____

体重： _____

最近6ヶ月で、体重が()kg 増えた・減った・変わらない

1.現在の病気について

※いつ、わかりましたか？(昭和・平成 年 月頃)(病院・医院で)

※病名は？(_____)

※今までに、どのような治療を受けてこられましたか？

a、手術を受けられましたか？ (□はい □いいえ)

b、現在、病院などで治療中ですか？ (□はい □いいえ)

(年から、 病院・医院で)
(診療科名： _____)(主治医： _____ 医師)

c、現在、飲み薬や注射・点滴をされていますか？ (□はい □いいえ)

□ 薬の名前 (_____)

□ わからない

d、漢方薬を飲んでいますか？ (□はい □いいえ)

□ 漢方薬の名前 (_____)

□ わからない

2.次の病気と言われたことがありますか？

- | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 網膜症 | <input type="checkbox"/> 神経症(ノイローゼ) |
| <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 老人性痴呆 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |

3.輸血をされたことがありますか？ □はい(いつ頃 年) □いいえ

4. 家族や血縁の方に次のような病気があれば()内に続柄をご記入ください。

がんや悪性の病気 (誰が: 病名)
高血圧() 糖尿病() 肝炎() 心臓病()
脳卒中() 喘息() その他()

5. 体内に下記のものがありますか? (□はい □いいえ)

□心臓ペースメーカー □埋込型除細動器 □体内刺激電極 □人口内耳
□その他(具体的に)

6. 手術クリップや人工関節、体内金属異物等がありますか? (□はい □いいえ)

※はいの方は具体的にご記入ください
()

7. 刺青やアートメイクなど、肌に色素注入されていますか? (□はい □いいえ)

※はいの方は具体的にご記入ください
()

8. 飲酒・喫煙について

※お酒 □毎日飲む □機会があれば飲む □全く飲まない
一日に(□ビール □日本酒 □ウイスキー)を(杯・本)

※たばこ □吸う (一日に 本)
□以前吸っていた (何年間、一日 本)
□吸わない

9. アレルギーについて

※アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか? (□はい □いいえ)

□喘息 □花粉症 □食物アレルギー □蕁麻疹 □花粉症
□アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎 □その他()

※今までに薬を飲んで、蕁麻疹がでたり、アレルギーを起こした事がありますか?

□ある → 何の薬ですか ()
□ない

10. 女性の方にお尋ねします。

◇最後の月経はいつでしたか? (年 月 日)

◇現在妊娠の可能性はありますか? (□はい □いいえ)

◇今までに妊娠したことがありますか? (□はい → 出産 回 □いいえ)

11. 最後に、当院へのご来院は、どのようにしてお知りになりましたか?

□他病院よりの紹介 (病院/ 科/ 医師)
□書籍・雑誌など (書籍・雑誌名)
□インターネット
□その他 ()