

ふりがな 氏名	男・女	年齢	歳
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	電話番号 ()	—	
	携帯番号 ()	—	
住所 〒			

※熱がある場合 _____℃

1) アレルギーがありますか？または、アレルギーと言われたことがありますか？

お薬 (なし、あり、)

その他アレルギー (なし、あり)

お薬を飲んだ時や注射をして気分が悪くなった (なし、あり)

2) 本日はどのような症状で来られましたか？ それはいつから始まりましたか

発熱、せき、鼻水、のどが痛い、頭痛、腹痛、はきけ、嘔吐、下痢、便秘

血圧が高い、動悸、息切れ、胸痛、胸が苦しい、むくみ、めまい、いびき、その他

()

その症状はいつから始まりましたか？

()

3) 現在、ほかの病院や医院で治療されていますか？

いいえ はい [病名: _____]

4) 現在、服用している薬はありますか？

ない ある [お薬名: _____]

5) 今までに、次のような病気にかかったことがありますか？

高血圧 糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓病 脳梗塞 胃腸病 喘息

アトピー性皮膚炎 緑内障 その他 (_____)

6) 今までに、大きな病気やけがで入院をしたり、手術を受けたりしたことはありますか？

ない ある [病名 _____ 内容 _____]

7) タバコを吸う習慣がありますか？

吸わない 以前吸っていたがやめた 現在も吸っている [1日 本] [喫煙歴 年]

8) お酒を飲む習慣がありますか？

毎日飲む 時々飲む 飲まない

飲む人は、日本酒・ビール・焼酎・洋酒 (1日 _____)

9) 女性の方にかがいます

①現在妊娠されていますか？ いいえ はい (_____ か月) 可能性あり

②現在生理中ですか？ いいえ はい

③現在授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入いただきましたら受付に声をかけてお渡しく下さい。ご協力ありがとうございました。

