

はじめて来院された方へ

（下記の項目について
記入もしくは○で
困んでください）

平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	明・大・昭・平		年 月 日生		
氏名			年 齡	歳	身 長	cm	体 重
住所 〒							
電話番号：（ ）	—	携帯番号：	—	—			

《体温》 _____ 度

1. 今日はどのような症状でこられましたか？

熱、せき、のどの痛み、痰、鼻水、頭痛、腹痛、下痢、嘔吐、食欲がない

その他 ()

●その症状はいつから始まりましたか？ ()

2. 今まで病気にかかったことがありますか？

高血圧、糖尿病、高脂血症、腎障害、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症など

その他 ()

3. ご家族で大きな病気を持ったかたはいらっしゃいますか？

・ない ・ある（その病名と続柄：)

4. 現在、治療中の病気はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

病名は何ですか？ ()

5. 薬のアレルギー（発疹、かゆみ、気分不快など）がありますか？

・ない ・ある（その薬剤名と症状：)

6. 現在内服されているお薬はございますか？

・ない ・ある（その薬剤名：)

7. 女性の方は現在妊娠していますか？

・していない ・可能性がある ・妊娠している

8. 飲酒・喫煙はしていますか？または過去にありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

●1日の量 ・飲酒 ml / 日 ・喫煙 本 / 日 × 年間