

フリガナ				男	大正				
氏名				・	昭和	年	月	日	歳
				女	平成				
住所	〒								
電話						体温			
身長			体重			血圧			
	cm			k g					

\*下記の項目について、当てはまる事項に○印、ご記入をお願いします。 検尿 あり・なし

- 今日はどのような症状で来院されましたか？ また、それはいつからですか？
- ご希望される治療がありましたら ご記入ください。(検査 点滴 痛み止めなど)
- 今までかかった病気はありますか？
  - ① ない
  - ② ある → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 がん ( )  
気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他 ( )
- 現在、飲んでいる薬はありますか？
  - ① ない
  - ②ある ( )
- 日常生活について お尋ねします。 \*お薬手帳をお持ちの方はお出してください。
  - A 食欲 ①良好 ②普通 ③不振
  - B 便通 日 回
  - C 飲酒 ①毎日(種類 量 ) ②時々 ③飲まない
  - D たばこ ①吸う(1日 本 年) ②やめた ③吸わない
- 今までに注射や薬で副作用(発疹 気分不快など)がでたことがありますか？
  - ① ない
  - ②ある 風邪薬(ピリン系など) 鎮痛剤 抗生剤(ペニシリンなど)  
アルコール消毒 その他 ( )
- 女性の方にお聞きします。
 

現在妊娠はされていますか？ ①いいえ ②はい ③分からない

授乳中ですか？ ①いいえ ②はい
- 当院の事は、どのように知りましたか？
 

近所 看板 知り合いの紹介 当院のホームページ その他のインターネットサイト その他

\*ご協力ありがとうございました。個人情報については、診療のみに使用させていただきます。