

氏名	ふりがな	生年 月日	T · S · H 年 月 日生 () 歳	性別	男 · 女
住所	〒 —				
電話	自宅：	携帯：			
	身長	cm /	体重	kg /	体温 °C

☆今日はどうされましたか。

- 発熱 咳 鼻水 喉の痛み 痰 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢
 便秘 食欲不振 めまい 身体がだるい 息苦しい 胸痛 手足がしびれる
 他院からの紹介 その他 ()

☆症状はいつ頃からですか。

()

☆現在治療中の病気はありますか。

いいえ・はい ()

☆現在、お薬飲んでいますか。 → お薬手帳をお持ちの方は記入不要です

いいえ・はい ()

☆今までにかかった病気を教えてください。

なし・あり ()

☆薬や食べ物のアレルギーはありますか。

いいえ・はい 薬 ()、食べ物 ()

☆家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか。

- 高血圧 () 糖尿病 () がん () 脳疾患 ()
 心疾患 () 突然死 () その他 ()

☆タバコは吸いますか。

いいえ・やめた (歳まで) ・今も吸っている (歳から) : 本/日

☆お酒は飲みますか。

いいえ・時々・はい 週 (日) 種類: 、量 mL/日

☆女性の方のみお答えください。

- ・最終月経 (月 日) 順調 ・ 不順
 ・妊娠されていますか。 いいえ ・ わからない ・ はい (週目)
 ・授乳中ですか。 いいえ ・ はい

☆来院のきっかけ

- 近隣 紹介 (家族 知人 他院) 通りがかり
 広告 (看板 ホームページ 病院検索サイト) その他 ()

◎ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお渡してください。

◎お薬手帳をお持ちの方は、一緒に受付へお渡してください。