

診察を受けられる方に

(ふりがな)

氏名 _____ 年齢 (_____ 歳) 性別 (男、女)

体重 (_____ kg) ※ 12 歳以下の方のみ記入して下さい。

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 当院は初めてですか？

はい

いいえ (いつ頃 _____)

2. ○今日の症状を具体的にご記入下さい (病名ではなく症状で詳しく記入して下さい。)

○いつ頃からですか？

3. 注射や薬による副作用 (じんましんなど)、食物アレルギーはありますか？

ある (薬名又は食品: _____ 症状: _____) ない

4. 今までにかかった大きな病気はありますか？ (入院、手術)

ある (_____) ない

5. 現在、治療中の病気はありますか？

ある (_____) ない

6. 内服中の薬はありますか？

ある (_____) ない

7. たばこは吸いますか？

はい → 1 日: _____ 本 (禁煙: _____ 年前) いいえ

8. お酒は飲みますか？

はい (頻度: _____ 1 回の量: _____) いいえ

9. 妊娠していますか？

はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日出産予定) いいえ

10. 授乳中ですか？

はい → お子様の年齢をご記入下さい (_____ 歳 _____ ヶ月) いいえ