

## 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