

ふりがな 氏 名	性別 (男・女) 年齢 歳
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	職業:
住所 〒	
携帯番号 () —	身長 cm、体重 Kg、体温 °C
電話番号 () —	ペット: 記入者:()

1) 本日はどのような症状で来られましたか?

「いつから」「どのような症状」があるかご記入下さい (例: 2週間前から咳と痰が出る)

[]

2) 持病や治療中の病気はありますか?

- ない 高血圧 糖尿病 高脂血症 花粉症・アレルギー性鼻炎
心臓病 喘息 胃潰瘍 その他 ()

3) 現在、服用している薬・サプリメントはありますか?

- ない ある ()

4) 今までに入院や、何か手術を受けたりしたことはありますか?

- ない ある (病名: 内容:)

5) 食品や薬・注射のアレルギー (気分が悪くなったり、発疹が出た など) がありますか?

- ない ある ()

6) ご家族に、多い病気があればお教え下さい。

- 癌 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 その他 ()

7) タバコとアルコールについて

- タバコ 吸わない 以前吸っていた 吸っている (本/日) (年)
 アルコール 飲まない 飲む (何を: どれくらい:)

8) 健康診断を受けて、異常を指摘されたことがありますか?

- ない ある (指摘内容:)

9) 子供がおられる方は人数と年齢を教えてください ()

10) 女性の方にうかがいます。 最終月経はいつですか? ()

現在妊娠中または妊娠している可能性がありますか? いいえ はい

現在授乳中ですか? いいえ はい

★当院を何でお知りになりましたか? (該当項目に○印をつけて下さい)

- 1.他院からの紹介 2.知人の紹介 3. インターネット 4. チラシ広告 5.その他()