

はじめてのかたに

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成				
氏名					年	月	日	才
住所	〒 -							
電話		職業		身長	cm	体重	kg	

(下記のあてはまる所に記入して下さい)

1. 今日はどんな症状で来院されましたか。

- a) いつから：
- b) どこが：
- c) どういう症状ですか：

2. 現在他の医院・病院にかかっていますか。

- ① かかっている(病名： 、医院・病院名：)
- ② かかっていない

3. 現在飲まれているお薬はありますか。

- ① ある ()
- ② ない

4. 今までにかかった病気はありますか。

- ① ある 高血圧・ぜんそく・心臓病・糖尿病・肝臓病・胃、十二指腸潰瘍
腎臓病・前立腺肥大・緑内障
その他()
- ② ない

5. 今までに薬や注射でアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったり)がでたことがありますか。

- ① ある ()
- ② ない

6. 女性の方へ

現在妊娠されていますか。 ① はい(ヶ月) ② いいえ
最後の生理はいつですか。(月 日)

7. その他、希望事項(検査・点滴など)がありましたら、お書きください。

()