

# はじめてのかたに

平成 年 月 日

|      |     |        |                  |                      |    |    |    |   |
|------|-----|--------|------------------|----------------------|----|----|----|---|
| フリガナ |     | 男<br>女 | 生<br>年<br>月<br>日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>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( 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。

( )