

はじめてのかたに

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男	生年	明治・大正	年	月	日
		女	月日	昭和・平成			歳
住所							
自宅 tel		携帯		職業			
身長	cm	体重	kg	体温			

- いつからどのような症状がありますか？（簡単にお書きください）
- 現在、他の病院にかかっていますか？
はい（病名 _____、病院名 _____）
いいえ
- 現在、服用中の薬はありますか？
はい（薬名 _____）
いいえ
- 今までに次のような病気や、入院・手術をしたことがありますか？
糖尿病・高血圧・心臓病・腎炎・肝臓病
胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・結核・喘息
いいえ
- 今まで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）が出たことがありますか？
はい（薬・注射名 _____）
いいえ
- アレルギーにかかったことがありますか？
はい 食物・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他（ _____ ）
いいえ
- タバコは吸いますか？
はい（1日に何本？ _____ 本、いつから？ _____ 歳から）
いいえ
- アルコールは飲みますか？
はい（1日に酒 _____ 合、ビール _____ 本、ウイスキー _____ 杯）
いいえ
- 女性の方へ
※最後の生理はいつですか？（ _____ 月 _____ 日から _____ 日間）
※現在、生理中ですか？ ① はい ② いいえ
※現在、妊娠していますか？ ① はい（ _____ ヶ月）② いいえ
- その他
希望事項（ _____ ）