



フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
住所	〒 ー		
電話番号	自宅	携帯	

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 痛い (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ()
発熱 (°C) 鼻水・鼻づまり 花粉症 咳・たん 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ
むくみ 胃が痛い 胃がもたれる 便に血が混じる 便秘 下痢 食欲低下
めまい・ふらつき 不眠 血圧が気になる 検診で異常を指摘された
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息
脳卒中 がん (部位) その他 ()

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり ()

現在、飲んでいるお薬 (市販薬やサプリメント含む) はありますか？

- なし あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

- 喫煙：吸わない 吸う (本/日 × 年間)
禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))
 飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

食べ物や薬・注射のアレルギー (気分が悪くなったり、じんましんが出たりする) はありますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)