



フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
住所	〒 _____		
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。

- 発熱 (_____ °C)
- 痛い (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 (_____))
- 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 血糖が気になる 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？ _____年_____月_____日頃から

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 (_____)

過去に大きな病気の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、飲んでいるお薬はありますか？ お薬手帳がある方は提出してください

- なし あり お薬手帳がない方は薬品名 (_____)

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 _____週 妊娠の可能性あり 授乳中)

ご協力ありがとうございました。