

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名		男・女	身長(cm)	体重(kg)
住 所 〒				
連 絡 先	電話(自宅)	()	電話(携帯)	()

* 下記の質問に、該当する□にチェックを、()に文字・数字などを記入してください。

① どのような症状でお困りですか。

せき たん 喉の痛み 頭痛 関節の痛み 胸痛 胸の痛み
発熱(一番高かった熱 °C 日 時ごろ、お分かりなら今朝の体温 °C)
 その他

② 症状はいつ頃からありましたか(例:昨日からなど)。

()

③ 今回の症状に対して、何かお薬をのんでいますか。

()

④ 治療を受けている病気があれば教えてください(すでに治っている場合もおねがいします)。

高血圧症 (歳)(内服:あり・なし) 糖尿病 (歳)(内服:あり・なし)
脂質異常症(歳)(内服:あり・なし) 高尿酸血症(歳)(内服:あり・なし)
脳梗塞(歳) 脳出血(歳)(内服:あり・なし)
腎臓病(歳) 維持透析(歳) 甲状腺の病気(歳 病名:)
が ん(歳 病名:)(歳 病名:)
 その他

⑤ 過去に手術を受けたことはありますか。ある場合は病名や治療時の年齢など教えてください。

(歳 病名:)(歳 病名:)

⑥ アレルギーに関して教えてください。

花粉症 喘息(現在治療中) 小児喘息(現在は治療なし)
アレルギー 食べ物()薬のアレルギー()
 その他

⑦ 喫煙に関してお聞きします。

喫煙 したことがない 喫煙中(歳から 本/日)
禁煙した(喫煙期間 歳～ 歳 本/日)