

No.

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

身長： _____ cm 体重： _____ kg 本日の体温： _____ °C

1] 本日はどうなさいましたか？ 症状を具体的にご記入願います。

2] いつ頃からですか？

() 時間前から () 日前 () 週間前 () ヶ月前

3] 今までに薬や注射などでじんましんや喘息の症状がでたことがありましたか？

(「ある」と答えられた方は、ご存知でしたらその薬や注射の名前をご記入願います)

ない ある (薬や注射の名前 : _____)

4] 現在治療中の病気はありますか？

ない ある (こうけつあつ 高血圧 とうにようびょう 糖尿病 こうし けっしょう 高脂血症 た その他)

5] 女性の方へ

現在妊娠されていますか？ いいえ はい (_____ ヶ月) 可能性あり

現在授乳中ですか？ いいえ はい (_____ ヶ月)

6] 今までに大きな病気をしたことはありますか？

いいえ はい (どんな病気ですか _____)

(それはいつ頃ですか _____)

7] 現在服用しているお薬はございますか？

ありましたら、お薬手帳のご提示、あるいは薬の名前をご記入お願い致します

(薬の名前 : _____)

ご記入後受付までお持ち下さい