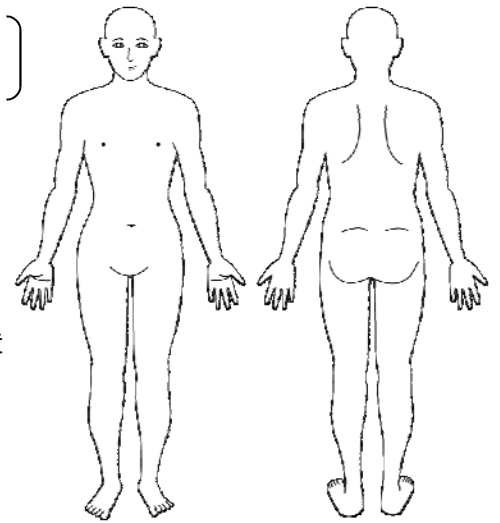


ふりがな				生年月日	年	月	日
お名前	(男・女)			年齢	歳	ヶ月	
住所	〒						
電話番号				E-mail			
身長	cm	体重	※患者様が小児の場合のみ記入		kg	体温	°C

1. 今、どのような症状でお困りですか？また、身体のどの部分ですか？(右図に○をつけてください)

痛み・かゆみ・出血している・腫れている・化膿している・その他

()



2. いつから症状がありますか？

日前 週間前 ヶ月前 年前

3. 何か病気の治療を受けていますか？(はい・いいえ)

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝障害・腎臓病
 甲状腺・膠原病(こうげんびょう)・喘息・前立腺肥大・緑内障
 その他()

4. 現在、お薬を飲んでいますか？(はい・いいえ)

医療機関で処方された薬
 市販のお薬
 お薬名()

※おくすり手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

5. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(はい・いいえ)

病名()

6. これまでにアレルギー症状が出たことはありますか？(はい・いいえ)

お薬() 食物() 動物()
 花粉 ハウスダスト ダニ カビ
 その他()

7. 女性の方へ

(1) 現在は妊娠中ですか(妊娠の可能性を含む)？(はい・いいえ)

現在妊娠 _____ 週

(2) 現在は授乳中ですか？(はい・いいえ)

8. 当院をどちらで知りましたか？

ポスティング 通りがかり ホームページ
 知人・家族からのご紹介 他の病院からのご紹介 病院名()
 その他()