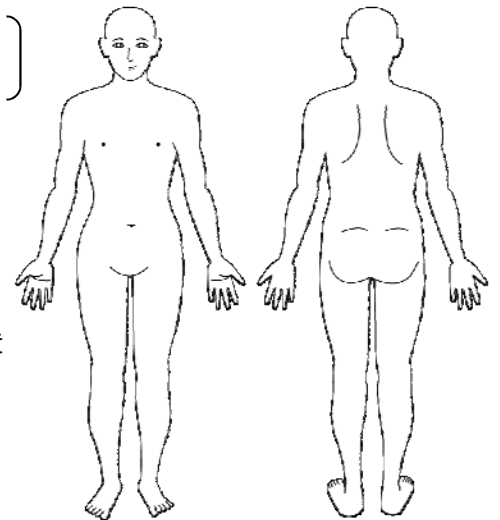


ふりがな				生年月日	年	月	日
お名前	(男・女)			年齢	歳	ヶ月	
住所	〒						
電話番号				E-mail			
身長	cm	体重	※患者様が小児の場合のみ記入		kg	体温	°C

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()