

フリガナ
1, 氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

住所 〒 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先 _____

2, 紹介状をお持ちですか? はい いいえ

3, いつから、どのような症状がありますか? _____ 頃より

熱がある	せき・タン	鼻水・鼻づまり	のどが痛い	頭が痛い
吐き気・嘔吐	お腹が痛い	下痢・便秘	食欲がない	体重の変化
息が苦し	息切れがする	ぜんそく	胸が痛い	ドキドキする
血圧が高い	めまい	手足のしびれ		

その他(_____)

健康診断で受診をすすめられた _____ 健康診断目的 _____ 禁煙希望 _____

具体的なことはこちらにお書きください

4, 当院を受診される前に他の医療機関を受診されましたか?

なし あり _____ 病院・医院・診療所 _____

5, 現在お飲みになっている薬はありますか? (お薬手帳をご持参頂ければ結構です)

なし あり 薬の種類・名前(_____)

6, 現在治療中の病気はありますか?

なし あり

(_____) (_____ 病院・医院・診療所)

7, 既往歴があればお書きください

なし あり (_____)

8, アレルギーはありますか?

なし あり (薬: _____ 食物: _____)

9, 喫煙・飲酒はされますか? 喫煙中 ・ 元喫煙者 ・ 喫煙歴なし 一日 _____ 本を _____ 年間

ビールを一日 _____ 本 週 _____ 回 ・ 日本酒を一日 _____ 合 週 _____ 回

10, 妊娠の可能性はありますか? (女性のみ) はい いいえ