

体温:	°C
-----	----

ID: \_\_\_\_\_ 記入日 R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 明・大・昭・平	( 歳 )
住所〒			
電話番号: 自宅( )	-	携帯電話	- -
※ 緊急連絡先: - -		(お名前: 続柄 )	
		身長:	cm 体重 kg

1) 今までに薬・注射・食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

- ない
- ある  薬 : 薬剤名 ( )
- 食物 : 卵・乳・小麦・大豆・ソバ・その他 ( )
- その他 ( )

2) 女性の方のみお答え下さい。

- 現在妊娠中( 週)  妊娠の可能性あり  妊娠の可能性なし  授乳中

3) 今日はどうされましたか？

- 《 カゼ症状 》  熱がある  のどが痛い  鼻水/鼻づまり  咳  痰
- 頭痛  関節が痛い
- 《 消化器系 》  吐き気  嘔吐  食欲がない  胸やけがする  お腹が張る
- 腹痛  胃痛  下腹部痛  下痢  体重減少
- 《 その他 》 \_\_\_\_\_

4) 症状はいつからありますか？  数時間前  昨日  数日前  数週間前  数ヶ月前

5) 今まで大きな病気をされたことはありますか？

- 高血圧  高脂血症  糖尿病  気管支喘息  けいれん・てんかん
- 肝臓病  腎臓病  不整脈  心臓病  脳梗塞  脳出血
- その他 ( )

6) ご家族で大きな病気にかかられている方はおられますか？

- 高血圧  高脂血症  糖尿病  肝臓病  腎臓病  不整脈  心臓病
- 脳梗塞  脳出血  その他 ( )

7) 現在治療を受けている病気がありますか？  はい  いいえ

どんな病気ですか？ ( )

8) 現在飲んでいる薬はありますか？  はい  いいえ

どんな薬ですか？具体的にお書き下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出しただければ記入不要です。

( )

9) アルコールは飲まれますか？  はい (少量・中量・多量)  付き合い程度  いいえ

10) タバコは吸われますか？  はい (1日 本)  いいえ

11) お薬 後発医薬品、ジェネリックについてお答え下さい。  希望する  希望しない  どちらでも良い

12) 当クリニックを何で知りましたか？  インターネット・HP  ご家族・ご友人より  通りすがり

かかりつけ医からの紹介(病院名 )  その他

※ありがとうございました。ご記入されました個人情報に関しては当クリニックの診療以外には使用いたしません。