

No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日 ( 才)
住所	〒 _____ 都 道 府 県	日中のご連絡先 (自宅・携帯・勤務先)	
		- -	
初めの方へ 当クリニックを何でお知りになりましたか? ホームページ・看板 紹介されて(知人・薬局・医務室)その他( )			診療明細書の発行を希望 する ・ しない

1.現在の症状について 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 温度 \_\_\_\_\_ °C

いつ頃から	症状について
-------	--------

その症状に対して薬の使用は ( ない ・ ある )

薬名	いつから
----	------

2.現在、通院されていますか?

・ある→高血圧/糖尿病/高脂血症/心臓病 肝臓病/喘息/緑内障/心療内科 癌/アトピー/婦人科/その他 ・ない	薬名	何才から
--	----	------

3.過去に治療・手術した病気は? (虫垂炎・胃潰瘍・胆石・婦人科など)

ない ・ ある	オ
---------	---

4.薬や食物でアレルギーはありますか?

ない ・ ある	薬名	食べ物
---------	----	-----

5.ご家族で病気の方はいますか?

なし ・ あり	病名	( 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ )	オ
---------	----	------------------	---

6.たばこ

吸わない ・ 吸う \_\_\_\_\_ 本/日 やめた \_\_\_\_\_ 年前

7.アルコール ( のまない ・ のむ )

(ビール・日本酒・ワイン・焼酎・ )などを 1日 \_\_\_\_\_ cc 週 \_\_\_\_\_ 日

8.女性の方へ 妊娠または授乳中ですか はい ・ いいえ

妊娠 \_\_\_\_\_ 週 病院名 \_\_\_\_\_