

フリガナ： 氏名： <p style="text-align: center;">性別 (男・女)</p>	体温 <p style="text-align: center;">℃</p>	身長 体重	cm kg
生年月日 西暦 年 月 日 (才)			
住所 〒			
電話番号：	携帯番号：		

● 本日の症状をご回答ください “病名を丸〇で囲って” ➔

頭痛 咽頭痛 胸痛 腹痛 背中痛 その他の痛み()

熱 鼻水・鼻づまり 咳 たん / 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ 心臓が気になる

胃痛 胃のもたれ 胃が重い / 便に血が混じる 便秘 下痢 食欲低下

尿に血が混じる 尿が近い 排尿時に痛みがある / むくみ めまい・ふらつき 不眠 倦怠感

皮膚のかゆみ / 血圧が気になる / 健康診断結果 / その他()

★ 以下の病気にかかったことのある方は疾病名に〇を付けてください。

- ・糖尿病 ・高脂血症 ・高血圧
- ・肺・気管支の病気 (・結核 ・喘息 ・慢性気管支炎 ・肺気腫など)
- ・甲状腺の病気
- ・心臓の病気 (・狭心症 ・不整脈 ・心不全 ・動悸 ・頻脈 ・心筋梗塞など)
- ・胃・十二指腸の病気 (・胃炎 ・胃潰瘍 ・十二指腸炎 ・十二指腸潰瘍など)
- ・肝臓の病気 (・肝炎 ・肝硬変 ・脂肪肝など)
- ・膵臓の病気
- ・脳血管の病気 (・脳動脈硬化症 ・脳梗塞 ・脳内出血など)
- ・悪性腫瘍 (部位：)
- ・皮膚の病気 (・慢性湿疹 ・帯状疱疹 ・蕁麻疹など)

★ 他院で治療を受けている、またはお薬を飲まれていますか。 (はい・いいえ)

はいの場合 お薬のお名前： ()

★ 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか？ (はい・いいえ)

★ 男性の方はお答えください

前立腺肥大の指摘を受けた、または尿が出にくいなどの症状がありますか。(はい・いいえ)

★ 女性の方はお答えください

現在妊娠中または授乳中ですか。(はい・いいえ) はいの場合 (妊娠 ヶ月・可能性あり・授乳中)

★ 薬・注射の・食物のアレルギーはございますか？ (はい・いいえ)

はいの場合 お薬のお名前 ()

* お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む (1日 杯、 種類：)

* 喫煙をしますか？ 吸わない 吸う (1日 本 年間) 禁煙した (年前から)

☆ こちらのクリニックを何で知られましたか？ インターネットの情報 (サイト名：)、 当院ホームページ、 看板・広告 (場所：)、 知人からの紹介 (くちコミ)、 家族が通院している、 他院からの紹介 (医療機関名：)、 家 (職場) から近い、 その他 ()