

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 生まれ
住所	〒					
Tel(自宅)				Tel(携帯)		
体温	°C	身長	cm	体重	kg	

●今までにかかった病気について、あてはまる項目にチェック✓をつけて下さい。

アレルギー疾患 高血圧症 糖尿病 脂質代謝異常症

心臓病 B型肝炎 C型肝炎 緑内障 前立腺肥大

・その他()

●現在、定期的に内服している薬は、ありますか。

なし・あり 薬の名前()

●入院歴、手術歴はありますか。

なし・あり 病名() いつ頃()
 病名() いつ頃()
 病名() いつ頃()
 病名() いつ頃()

●アレルギーはありますか？ なし・あり・わからない

食物()
 薬剤()
 その他()

●現在 妊娠、授乳中ですか

はい・いいえ

～本日の症状についてお聞かせください。～

● 現在飲んでいるお薬はありますか。

なし・あり 薬の名前()

※お薬手帳をお持ちの方は省略可。

●症状はいつからですか。あてはまる項目にチェック✓をつけて下さい。

今日 昨日 2 日前 3 日前 4 日以上前()

●本日の症状は？あてはまる項目にチェック✓をつけて下さい。

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 痰 ぜーぜー くしゃみ 咽頭痛

頭痛 倦怠感 腹痛 嘔吐 下痢 便秘 目やに

発疹(部位:)

その他症状があればお書きください。

()

ご記入ありがとうございました。

