

# 初めてかかる患者さまへ

令和 年 月 日

ふりがな						
お名前	男女	年齢	才	身長	cm	体重
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日		
〒						
ご住所						
お電話番号						

① 現在どんな症状がありますか？ いつ頃から 日前より

- 健康診断で異常といわれた
- かぜをひいた
- 発熱 ( °C)
- 頭痛
- せき、たん
- 鼻水
- のどが痛い
- 胸が痛い
- その他の症状 ( )
- どろき、息切れ
- めまい
- 体がだるい
- 体重減少、やせた
- 物が飲み込みにくい
- 腹痛
- 便秘
- 下痢

② 今までにかかった病気

- 高血圧
- 糖尿病
- 心臓病
- 脳卒中
- 気管支喘息
- 結核
- 肝臓病
- 癌

その他 :

③ 薬や注射で異常のあったことがありますか？(アレルギー)

いいえ はい ( )

④ 酒類を飲みますか？ いいえ はい 具体的に ( )

⑤ タバコを吸いますか？ いいえ はい 1日 本 年間

⑥ 薬を飲んでいますか？ いいえ はい ( )

⑦ 女性の方に 現在妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

⑧ 診療でのご希望がありましたら、お書きください。

