

当院に初めての方へ

フリガナ

【氏名】

【性別】 男 ・ 女

【生年月日】 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)

【住所】 〒

【電話番号】 携帯： 自宅：

●いつからどのような症状があるか、必ず記入してください

●現在ある症状に○を付けて下さい。

・咳 ・痰 ・咽頭痛 (のどの痛み) ・発熱 (度) ・鼻水 ・鼻づまり
・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 (節々の痛み) ・全身倦怠感 ・嘔気 (はきけ) ・嘔吐
・腹痛 ・下痢 (日頃から 回/日)

●妊娠中または妊娠の可能性 無 ・ 有

●授乳中ですか。 無 ・ 有

●アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()

●薬アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()

●アルコール類は飲みますか。 いいえ ・ はい (頻度： 回/週、 大体の量：)

●たばこを吸いますか。 いいえ ・ はい (本/日)

喫煙歴ありの方 喫煙歴 歳 ~ 歳まで

●薬局や他院でお薬を頂いていればお書き下さい。

●既往歴 (年齢をお書き下さい)

・心臓病 () ・脳卒中 () ・高血圧 () ・糖尿病 () ・高脂血症 ()
・痛風 () ・貧血 () ・結核 () ・肝臓病 () ・腎臓病 ()
・がん () ・胃潰瘍 () ・白内障 () ・緑内障 () ・眼底出血 ()
・その他 () ※病名

●家族歴 (続柄をお書き下さい)

・心臓病 () ・脳卒中 () ・高血圧 () ・糖尿病 ()
・肝臓病 () ・腎臓病 () ・結核 () ・がん ()