

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日	( 歳)
氏名		男・女	身長 (	cm)	体重 (	kg)	
住所	〒						
連絡先	電話 (自宅)	( )	電話 (携帯)	( )			

\*下記の質問に、該当する□にチェックを、( )に文字・数字などを記入してください。

① どのような症状でお困りですか。

- せき    たん    喉の痛み    頭痛    関節の痛み    胸痛    胸の痛み  
発熱 (一番高かった熱    °C    日    時ごろ、お分かりなら今朝の体温    °C)  
 その他
- 

② 症状はいつ頃からありましたか (例：昨日からなど)。

( )

③ 今回の症状に対して、何かお薬をのんでいますか。

( )

④ 治療を受けている病気があれば教えてください (すでに治っている場合もおねがいます)。

- 高血圧症 ( 歳) (内服：あり・なし)    糖尿病 ( 歳) (内服：あり・なし)  
脂質異常症 ( 歳) (内服：あり・なし)    高尿酸血症 ( 歳) (内服：あり・なし)  
脳梗塞 ( 歳)    脳出血 ( 歳) (内服：あり・なし)  
腎臓病 ( 歳)    維持透析 ( 歳)    甲状腺の病気 ( 歳 病名： )  
が ん ( 歳 病名： ) ( 歳 病名： )  
 その他
- 

⑤ 過去に手術を受けたことはありますか。ある場合は病名や治療時の年齢など教えてください。

( 歳 病名： ) ( 歳 病名： )

⑥ アレルギーに関して教えてください。

- 花粉症    喘息 (現在治療中)    小児喘息 (現在は治療なし)  
アレルギー 食べ物 ( ) 薬のアレルギー ( )  
 その他
- 

⑦ 喫煙に関してお聞きします。

- 喫煙    したことがない    喫煙中 ( 歳から 本/日)  
禁煙した (喫煙期間 歳～ 歳 本/日)