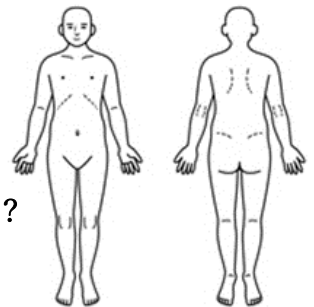


フリガナ		電話番号	自宅
お名前	男・女		携帯
			保護者・付き添いの方
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体重	kg
		(お子さまの場合)	
住所	〒 —	職業	

① いつごろから、どのような症状でお困りですか。右の図で症状のあるところに○をつけてください。



② 同じ症状で他の病院で治療を受けた、または自分で治療をしてみたことがありますか？

はい→ 医療機関名 () 病名 ()
 いいえ→塗った薬、飲み薬 ()

③ 今までにかかった病気、または治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 心療内科疾患 喘息 緑内障
 がん(がんの種類 手術歴: 年 月ごろ)

その他

④ 現在何かお薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ) 受付にお薬手帳をお渡してください

()

⑤ 今までにお薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ (はい・いいえ)

いつ、どんなお薬/食べ物で、どんな症状がでましたか？ ()

⑥ 女性の方におたずねします。

妊娠中ですか？ (はい [] 週・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)
 妊娠希望のため、内服治療は控えたい (はい・いいえ) 閉経している

⑦ 当院を受診した理由をお書きください。

- ホームページをみて 知人・家族にすすめられた
- いつもかかっている病院の予約がとれなかったため、とりあえずの薬がほしい
- 他の病院に通院していたが治療内容を変えてほしいので受診した
- これではないかと疑っている病気 () があり、それかどうか聞きたい
- その他 ()