

初めて診察を受けられる方へ

		受診日	平成	年	月	日
ふりがな						
お名前	男	明 大 昭 平				
	女	年	月	日	生	() 歳
〒						
住所						
Tel						

1. 今日はどうされましたか？ 体温 () °C お子様のみ体重 () kg

いつから どの様な症状ですか？

2. 次の病気にかかった事がありますか？

脳の病気・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧・痛風・血友病
胃潰瘍・十二指腸潰瘍・ぜんそく・花粉症・甲状腺の病気・貧血
前立腺肥大症・緑内障 その他 ()

3. 今、病気で治療していますか？

いいえ. はい (病名)

4. 今、何か薬を飲んでいますか？

いいえ. はい (薬名)

5. 薬や注射で何か異常が起こった事がありますか？

いいえ. はい (薬名)

6. けいれんを起こした事がありますか？

いいえ. はい (いつ頃)

7. たばこは吸いますか？

いいえ. はい (何歳から)

8. 妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい (カ月)

9. 生理中ですか？

いいえ ・ はい

10. 当病院をどのようにして知りましたか？

[]