

記載日 令和 年 月 日

## 具合をおしえてください

- 頭痛 のどの痛み 胸痛 腹痛 背部痛 その他( )
- 発熱 鼻水 咳・たん 吐き気 胸やけ 動悸 息切れ
- 胃もたれ 血便 便秘 下痢 食欲低下
- 血尿 尿もれ 排尿時痛 むくみ めまい・ふらつき 不眠
- 皮膚のかゆみ 血圧が気になる 健康診断希望 その他( )

症状はいつ頃からありますか？ 約( )日 ・週間 ・ヶ月 ・年 前から

## 検査、治療についての希望

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり( )

現在、治療中の病気はありますか？

なし あり( )

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか？

なし あり( )飲酒：飲まない 飲む飲酒 日本酒 合/日 ビール 缶/日 毎日  ( )回/週喫煙：吸わない 吸う ( 本/日 × 年間)禁煙した( 年前から。それまで喫煙( 本/日 × 年間))

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？

なし あり( )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい(妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他( )

名前	<生年月日>
フリガナ	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所 〒 -	
電話番号 ( )	Email: @
身長 cm	体重 kg
体温 °C	血圧 / mmHg