

名前		体温	℃	体重	kg	受診日	
----	--	----	---	----	----	-----	--

※中学生以下の方のみ

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？ ※時間の流れに沿ってご記入ください。
※今回受診希望の内容のみご記入ください。

() 頃から

2. この症状で、検査や治療を受けていますか？
 いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をご記入ください。
{ }

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか？
 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 白内障
 その他 ()

4. 今までに入院した病気・けががありましたら記入して下さい。
{ }

5. 現在、他の病気にかかっていますか？
 いいえ はい 病名： _____

6. 現在、内服している薬がありますか？
 ない ある

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか？

◆ 薬のアレルギー

ない ある 薬剤名： _____ 症状： _____

◆ 食べ物のアレルギー

ない ある 食品名： _____ 症状： _____

8. 日常生活についてお答えください。

◆ たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」「吸っていた」の場合は、下記にお答えください

①一日に () 本くらい ② () 年間くらい

9. 女性の方のみお答えください。

◆ 妊娠中ですか いいえ はい () 週目 可能性あり

◆ 授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。