

はじめてのかたに

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	-----	男 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 才
現住所	〒				
電話	()				

(下記にあてはまる所に記入してください)

1. いつから、どのような症状がありますか。

- ①いつから: 今日から、()日前から、()ヶ月前から、()年前から
②症状:

2. 現在、服用中の薬または常用薬がありますか。

- ①ない
②ある

3. 今までにかかった病気はありますか。

- ①ない
②ある ①高血圧 ②ぜんそく ③心臓病 ④肝臓病 ⑤糖尿病
⑥その他()

4. 今までに薬を飲んで副作用が出たことがありますか。

- ①ない
②ある ①かぜ薬・ピリン等 ②鎮痛剤 ③抗生物質(ペニシリン等) ④食べ物
⑤その他()

5. 成人女性の方へ: 現在妊娠されてますか ①いいえ ②はい 最後の生理はいつですか (月 日) 授乳中の方は○をおつけください ()

6. その他、希望事項がありましたらお書き下さい。

(検査をしてほしい、点滴をしてほしい等)

かんやまクリニック