

フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
住 所	〒 -			
電 話	-	-	携 帯	- -
職 業				

(体温 °C)

1. 今日は、どのような症状で受診されますか？

[ ]

2. その中で一番気になる症状は何ですか？

[ ]

3. その症状はいつからありますか？

[ ]

4. それは、なにをすると悪くなる（良くなる）気がしますか？

[ ]

5. これまで同じような症状で別の病院に通ったことがありますか？

はい (病院名 )  
いいえ

6. 現在どこかの病院にかかっていますか？

はい (病院名 )  
いいえ7. 何かお薬を服用していますか？  
(健康食品を含む)はい (薬の名前 )  
いいえ8. 薬に対する  
アレルギー ( あり・なし ) お酒 ( 飲む・飲まない ) タバコ ( 吸う・吸わない )

9. 以下の病気について、自分がかかったことがあれば、番号を○で囲んでください。

1) 心臓病 2) 高血圧 3) 脳卒中 4) 糖尿病 5) 自己免疫疾患 (リウマチなど)

6) 精神疾患 (うつ病、不眠症など) 7) がん (部位: )

8) その他 (病気: )

10. 介護認定はされていますか？

はい (要介護 要支援 病院名 )  
いいえ

当院は院外処方です。指定の薬局はありますか？

はい・いいえ

病状・診療内容・予約の有無により、診察の順番が  
前後することがあります。ご了承ください。

ありがとうございました