

フリガナ		
氏名	男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平・令	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？      はい（薬の名前）  
 （健康食品を含む）      いいえ

8. 薬に対するアレルギー（あり・なし）      お酒（1日/ 合 年間）      タバコ（1日/ 本 年間）

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

