

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

(体温 °C)

- 何かお悩みですか？一番気になる症状は何ですか？
  
- それは、いつ頃から出てきましたか？
  
- どこで何をしていたときか分かりますか？
  
- その症状はどんなふう to 表れてきましたか？
  
- その症状はいったんよくなりましたか？だんだん悪くなりますか？
  
- 現在どこかの病院にかかっていますか？      いいえ ・ はい (病院名 )
  
- 何かお薬を服用していますか？      いいえ ・ はい (薬の名前 )  
(健康食品を含む)
  
- 今までに頭の検査 (CT、MRI) をしたことはありますか？  
 ない  
 ある→いつ頃 ( )  
 どの病院 ( )  
 医者からどのように言われましたか？ ( )
  
- 生活習慣等について  
 アルコール (1日/ 合 年間)、タバコ (1日/ 本 年間)、アレルギー ( あり・なし )  
 サプリメント
  
- 当院をどこで知りましたか？  
 インターネット、電話帳、知人の紹介、その他 ( )

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

