



フリガナ

お名前 _____ (男・女) お電話番号 _____

緊急時連絡先 _____ 続柄: _____

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか (複数ある場合は番号をつけてご記入ください)

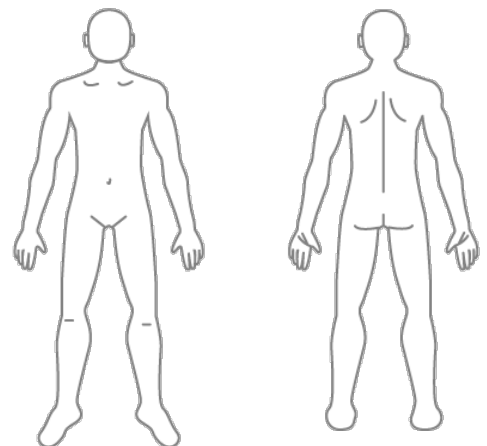
いつ頃から

① _____ 年 月 日から _____

症状のある部位に○をつけてください

症状

① _____



2. 思い当たる原因はありますか

① _____

3. 職場または学校でのけがや病気ですか

いいえ はい

4. 上記の症状で現在あるいは過去に治療を受けていますか

いいえ はい 病院・医院名 (_____)
病名・治療法 (_____)

5. 現在治療中の病気または過去に治療を受けた病気はありますか

① 糖尿病 ② 高血圧 ③ 喘息 ④ 胃潰瘍
⑤ 心臓疾患 ⑥ 肝臓疾患 ⑦ 腎臓疾患 ⑧ 骨粗しょう症
⑨ その他 [_____]

6. 現在内服しているお薬はありますか

いいえ はい (お薬手帳をお持ちですか いいえ はい)

7. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか

いいえ はい 薬品名 (_____)
食品名 (_____)

8. 女性の方へお伺いします

妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 現在妊娠中 授乳中

ご協力ありがとうございました。

診察・検査でお時間がかかりますがお困りのことがございましたら受付までお声掛けください