

ID: _____

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所	〒		
TEL			

今日はどうされましたか？

いつから () 日前、() ヶ月前、() 年前、その他()

症状

薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
※薬手帳、紹介状、画像データをお持ちの方は、受付にご提出をお願いします。			

内服 痛み止め 胃薬 血液さらさらになる薬 高血圧薬 糖尿病薬 睡眠薬

既往歴

特になし ぜんそく 胃かいよう 糖尿病 痛風
腎不全 高血圧 心臓病 肝硬変 ペースメーカー
脳梗塞 脳出血 肝硬変 緑内障 悪性腫瘍 その他()

手術歴

無
有()

薬のアレルギー

無
有 (ピリン キシロカイン ペニシリン ヨード その他())

最終の食事

月日(本日・昨日・ 月 日) 時間(:)

飲酒

頻度(毎日・数回/週・時々)
種類(ビール・焼酎、日本酒・チューハイ・他())
量(杯/日)

たばこ

吸わない
以前吸っていた
吸う(本/日、 年間)

女性の方へ

生理：規則的 不順 月経困難
 妊娠：妊娠中 授乳中 妊娠の可能性あり 経口避妊薬内服中

当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？

知人の紹介・家族の紹介・近所・ホームページ・その他()