

□



なす 医 院

ID: \_\_\_\_\_

年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

自宅電話: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

携帯電話: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 才 男・女 本日の体温: \_\_\_\_\_ °C

■どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかっていたか？

□はい \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_ にかかっている □いいえ

■今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください。

□喘息 ( \_\_\_\_\_ 才頃) □結核 ( \_\_\_\_\_ 才頃) □高血圧 ( \_\_\_\_\_ 才頃)

□糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 才頃) □脳卒中 ( \_\_\_\_\_ 才頃) □がん ( \_\_\_\_\_ 才頃)

□心臓病 ( \_\_\_\_\_ 才頃)

□その他 (病名: \_\_\_\_\_ 才頃)

■現在、飲んでいるお薬はありますか？

□ある (薬品名: \_\_\_\_\_ ) □なし

■薬のアレルギーはありますか？ □ある (薬品: \_\_\_\_\_ ) □なし

食べ物のアレルギーはありますか？ □ある (薬品: \_\_\_\_\_ ) □なし

その他のアレルギー ( \_\_\_\_\_ )

■タバコを吸っていますか？ □吸う □過去に吸っていた □吸わない

※ 吸う方、過去に吸っていた方 (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)

■アルコールは飲みますか？

□飲む □過去に飲んでいた □飲まない

(種類: \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 杯/本 □毎日 □時々 □月に \_\_\_\_\_ 回程度)

■今までに手術の経験はありますか？

□あり (病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_ ) □なし

■輸血を受けたことはありますか？ □はい □いいえ

■女性の方へ

妊娠している・もしくは可能性がありますか？ □ある □なし

最終月経は？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・現在 □閉経している