

お名前 年齢 歳 ☐男 性 ☐女 性 ☐紹介状

診察を円滑にするために、お分かりになる範囲で、次の質問にお答え下さい。

1. いつから、主にどのような症状がありますか。

また、次のうち、現在あてはまるものにチェックして下さい。

- ☐発熱（ 度） *過去1か月以内に海外渡航歴はありますか？ ある・ない（ ）
- ☐のどの痛み ☐咳 ☐痰 ☐鼻水 ☐鼻詰まり ☐ゼーゼー ☐お腹が痛い
- ☐お腹がはる ☐吐き気 ☐おうと ☐便秘 ☐下痢 ☐食欲がない ☐やせてきた
- ☐太ってきた ☐胸が痛い ☐動悸 ☐息切れ ☐体のむくみ ☐足のむくみ ☐頭痛
- ☐めまい ☐耳鳴り ☐肩こり ☐疲れ易い ☐のどが渇く ☐手のこわばり ☐関節の痛み
- ☐腰痛 ☐手足のしびれ ☐まひ ☐ろれつが回らない ☐かゆみ ☐しっしん ☐不眠

2.現在治療中の病気がありますか。

- ☐ない ☐ある (病 名 :)
- (内服薬 :)

3 薬のアレルギーはありますか？

- ☐ない ☐ある (薬剤名 :)

4.妊娠の可能性はありますか？

- ☐ない ☐ある (最終生理日は 月 日から 日間)

5.今までに何か病気にかかったことはありますか？

- ☐ない ☐ある (歳の時に / 歳の時に)

6.輸血をうけたことがありますか？

- ☐ない ☐ある (歳の時に)

7.家系的に脳卒中、心臓病、糖尿病、結核、腎臓病、血液疾患、リュウマチ、膠原病、高血圧、癌
その他、特別に多いと思われる病気はありますか？

- ☐ない ☐ある ()

8.その他

- 身 長 (c m) 体 重 (k g) ☐未 婚 ☐既 婚
- 常用薬: ☐ない ☐ある (薬剤名 :)
- 晩 酌: ☐しない ☐する (お酒 合/日、ビール 本/日
焼酎 合/日、ウイスキー 杯/日)
- タバコ: ☐すわない ☐すう (本/日)

*記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。