

フリガナ		生年月日	明治		
氏名	( 歳 ) ( 男 ・ 女 )		大正		
住所	〒	電話	平成	年	月 日

(本人でない場合記入者氏名 続柄 )

❖ 下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますのでご記入ください

1. 本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？ どのような症状

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. 1か月以内に海外渡航歴はありますか？ ( あり(国名 ) ・ なし )

3. 今までにかかった主な病気、けが、手術は？ (かかった年月日もわかれば記入)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. 現在服用中の薬はありますか？ ( あり ・ なし ) お薬手帳ある方は提示

あり→くすりの種類

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと)がありましたか？ ( あり ・ なし )

あり→くすりや食べ物の種類

\_\_\_\_\_

6. 女性の方へ

・現在妊娠は？ ・出産後の方(生後 )

している→ 加月 授乳 している

していない ・ わからない していない

7. 20歳以上の方へ ・酒やタバコの1日量は？又は過去に飲んでいましたか？

日本酒 \_\_\_\_\_合 ビール\_\_\_\_\_本 その他の酒類( 飲んでいる・飲んでいた )

たばこ \_\_\_\_\_本( 吸っている・吸っていた )

過去の場合は何年前までですか？ 酒類 \_\_\_\_\_ 年前まで たばこ \_\_\_\_\_ 年前まで