

初めて来院された方へ

フリガナ			男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平	年 月 日生 () 歳	
ご住所	〒 自宅の電話番号 携帯番号		
緊急連絡先 (家族・親戚等)	氏名	ご関係 ()	
	電話番号		

体温 ℃

◆どのような症状ですか？

()

◆その症状はいつからですか？

()

◆現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ()

◆現在飲んでいる薬がありますか？ 【お薬手帳： 有 ・ 無 ・ 忘れ 】

ない ・ ある ()

◆今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？

ない ・ ある ()

◆食べ物、薬、注射等で発疹がでたことはありますか？

ない ・ ある ()

◆ぜんそく・アトピー等のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

◆現在の状態についておたずねします。

食 欲 : ふつう あまりない まったくない
 便 通 : (回/日) 快便 下痢 便秘
 睡 眠 : よく眠れる 眠れない
 タバコ : (本/日) 吸わない
 アルコール : 毎日飲む 時々飲む 飲まない

◆ペースメーカー、補聴器などのご使用になっておりますか？ はい いいえ

◆(女性の方へ) 妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ