

ふりがな

氏名

年 月 日生

歳

住所 〒

電話 ☎

65歳以上の方は記入 身長 cm

体重 kg

下記の事項についてご記入下さい。

○ いつからどんな症状がありますか？

いつ ()

どんな ()

○ 上記の症状に関して今までに他の病院、クリニックにかかったことはありますか？

ない

ある すると答えた方は下記もご記入下さい



病院名 ()

病名 ()

最終的にもらった薬 ()

服用回数(例)食後、寝る前 ()

時期 ()

○ 現在何か薬を飲んでいますか？

飲んでいない

飲んでいる → 薬の名前 ()

○ 今までに入院をしたことがありますか？

ない

ある → 病院名 ()

期間 ()

○ 今までに検査をしたことがありますか？

ない

ある → いつ頃 ()

どの病院で ()

何の検査 ()

異常はありましたか？

ない

ある → どのような異常でしたか？

(具体的に:)

これらの症状に対して薬が処方されていたら、その名前

()

○ 眠れていますか？
 はい
 いいえ（ 寝つきにくい、途中で目が覚める、朝の目覚めが早い ）

○ 食事は良く取れていますか？
 多い 普通 少ない

○ 食事でアレルギーがおこったことがありますか？
 いいえ
 はい ↓はいと答えた方は具体的に食べ物の名前、症状を書いて下さい。
食べ物（
症状（

○ 薬でアレルギーが起こったことがありますか？
 ない
 ある ↓ 具体的に 例：解熱剤、抗生物質等

○ 女性のみ、お答え下さい。
・ 現在妊娠していますか？ いいえ はい（ ヶ月）
・ 月経は順調ですか？ はい いいえ

○ 現在どなたと一緒に住んでいますか？

○ 他に伝えておきたいことや、相談したいことがあれば記入して下さい。

○ 当クリニックをお知りになったきっかけは？ 例：インターネット、電話帳