

# はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 才、男・女 )

住所 〒 \_\_\_\_\_ ※郵便番号もおわかりになりましたらご記入ください。

☎ 電話(ファクス番号) \_\_\_\_\_

## 1 どうなされました(チェックしてください)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱            | <input type="checkbox"/> 腹痛          |
| <input type="checkbox"/> 頭痛            | <input type="checkbox"/> 便秘          |
| <input type="checkbox"/> 鼻水            | <input type="checkbox"/> 食欲不振        |
| <input type="checkbox"/> 咳             | <input type="checkbox"/> 発疹          |
| <input type="checkbox"/> 咽頭痛           | <input type="checkbox"/> 皮ふのかゆみ、湿疹   |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴・ゼーゼーする     | <input type="checkbox"/> 心電図異常、心臓の異常 |
| <input type="checkbox"/> 耳痛            |                                      |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・むかつき      |                                      |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐            |                                      |
| <input type="checkbox"/> 下痢            |                                      |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                      |

熱 \_\_\_\_\_ °C

## 2 いつからですか(チェックしてください)

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 急に      | <input type="checkbox"/> 4、5日前から       |
| <input type="checkbox"/> 今朝から    | <input type="checkbox"/> 1週間前から        |
| <input type="checkbox"/> 昼から     | <input type="checkbox"/> 1、2週間前から      |
| <input type="checkbox"/> 昨日から    | <input type="checkbox"/> 2、3週間前から      |
| <input type="checkbox"/> 2、3日前から | <input type="checkbox"/> 1ヶ月前から        |
|                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |

## 3 いままでにかかったことのある主な病気を書いてください。

## 4 食事・注射・飲み薬・塗り薬などで異常がおきたことがありますか。

## 5 現在服用中のお薬をお書きください。

車種(色): \_\_\_\_\_

ナンバー: \_\_\_\_\_