

診察を受けられる方へ

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 体温 _____℃

ご住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯 _____ (続柄)

今日は、どうなさいましたか？

現在、治療している病気はありますか？ はい・いいえ (該当を○で囲んで下さい)

・腎臓病 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・緑内障 ・高脂血症 ・脳卒中 ・気管支喘息
・前立腺肥大 ・痛風 ・胃腸の病気 ・がん(癌)・その他()

治療している病院名 ()

服用中の薬はありますか？ はい・いいえ

(薬剤名:)

今までにかかった病気(手術を含めて)がありましたら記入して下さい。

病名() ()歳 病名() ()歳

薬のアレルギーは、ありますか？ なし・あり(薬剤名:)

食べ物のアレルギーは、ありますか？ なし・あり(食品名:)

女性の方のみにお聞きします

妊娠していますか？ いいえ・はい 妊娠 週

授乳中ですか？ いいえ・はい

ご記入、ありがとうございました。