

(ふりがな)

氏名 _____ 様 (男性・女性) 生年月日 _____ 年 月 日 (才) 体温 _____ °C

10歳以下のかたのみ→体重 _____ kg、飲める薬に○、飲めない薬に×をつけて下さい→錠剤・粉剤・水薬

1. 今回どこの診察を希望されますか。○をつけてください。

耳 (右、左)、めまい、鼻、のど、くび、その他 ()

2. どのような症状が、いつごろからありましたか。

どのような症状→

いつごろから→

3. 現在服用中の薬はありますか。

いいえ・はい (どんな薬→)

4. のみ薬や注射などで、かゆみが出たり体に合わなかったことがありますか。

いいえ・ある (どんな薬で→)
どうなった→)

5. 次にあげる病気がある・かかったことがあれば○をつけてください。

糖尿病、高血圧、心臓病、心臓ペースメーカー、ぜんそく、アトピー性皮膚炎、
緑内障、前立腺肥大、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、自律神経失調症、うつ、不眠症
その他 ()、何もなし

6. (女性のみ) 現在妊娠中・授乳中ですか。

いいえ・はい→妊娠中 (月)、授乳中、妊娠の可能性がある

7. そのほか何か相談したいこと・聞きたいことがあればお書きください。

8. 当院をどのようにして知りましたか。

他病院や診療所から紹介されて・前を通りかかった・電車から見えたので・
ホームページ・知人の勧めで・二上駅前診療所や香芝旭ヶ丘病院からの続きで・
その他 ()