

内科 新患

令和 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日()歳

〒 -

住所 _____

電話番号 _____

*○をつけて下さい。

・今までかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 不整脈 心臓病

喘息 リウマチ その他()

・現在、内服している薬はありますか？ ・はい ・いいえ

薬品名()

※他院でもらった薬を内服している方はお薬手帳をご提示下さい。

・あわない薬はありますか？ ・はい() ・いいえ

・タバコは吸いますか？ ・はい1日()本 ・いいえ

・お酒は飲みますか？ ・はい ・いいえ

・漢方薬の粉薬は内服できますか？ ・はい ・いいえ

・女性の方へ 妊娠中ですか？ ・はい()ヶ月 ・いいえ

授乳中ですか？ ・はい ・いいえ

・いつから、どのような症状がありますか？

いつから()

どのような症状ですか？

熱はありますか？ ・はい()℃ ・いいえ

咳 のどの痛み 鼻水 頭痛 腹痛

嘔吐()回 下痢()回 動悸 息切れ めまい ふらつき

その他