

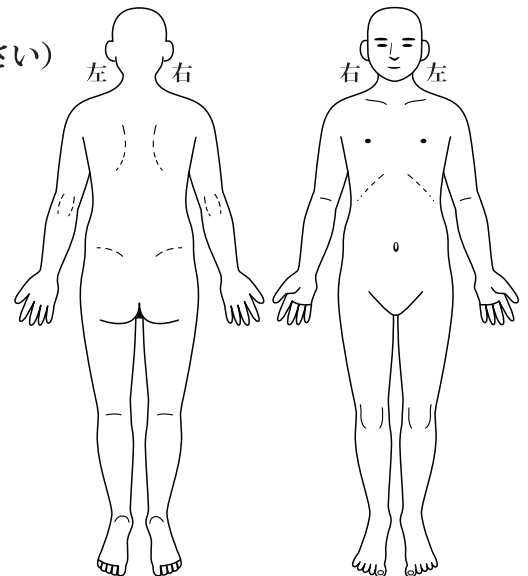
(カルテ No. )  
社 国 その他( )

令和 年 月 日

フリガナ					
氏名					男 ・ 女
生年月日		明・大・昭・平・令		年 月 日生 ( )才	
〒 住所					
携帯電話		自宅電話		緊急連絡先電話	
身長	cm	体重	kg	職業	

本日、来院された症状について、おしえてください。

◎いつ頃から、どこの場所ですか？(右図にも○印をいれてください)



◎どのような症状ですか？

◎今までに、どのような治療を受けました(受けている)か？

・いつ頃                      ・病院名                      ・治療内容

◎どのような場合に症状はひどくなりますか？

◎また、どのような場合に症状は楽になりますか？

◎当院で診察・治療を受けるにあたり、何を希望されますか？

◎現在、何か心配事や不安なことはありますか？ (はい・いいえ)

内容：

氏名 \_\_\_\_\_ (カルテ No. \_\_\_\_\_ )

◎いままでに以下の病気にかかったことがあれば、○印をつけてください。

脳○の病気・ぜん息○・結核○・高血圧○・心臓病○・不整脈○・糖尿病○・肝臓病○・腎臓病○・血液の病気○・神経症  
リウマチ○・交通事故○・その他( \_\_\_\_\_ )

◎いままでに手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

・何才頃 \_\_\_\_\_ ・病名 \_\_\_\_\_ ・病院名 \_\_\_\_\_

◎現在、ほかの病気で、他の病院に通院していますか？ (はい・いいえ)

・病名 \_\_\_\_\_ ・病院名 \_\_\_\_\_

◎現在、飲んでいるお薬はありますか？ (はい・いいえ)

・薬の名前 \_\_\_\_\_

◎胃腸が弱いですか？ (はい・いいえ)

◎現在、妊娠の可能性がありますか？ (はい・いいえ)

◎薬でアレルギー症状(発疹・気分不良)が出たことはありますか？ (はい・いいえ)

・薬の名前 \_\_\_\_\_

◎テープやシップで皮膚がかぶれたことがありますか？ (はい・いいえ)

◎いつも薬をもらう行きつけの調剤薬局はありますか？ (はい・いいえ)

・調剤薬局名 \_\_\_\_\_

◎アルコールやタバコの摂取量をおしえてください。

アルコール(1日に \_\_\_\_\_ ) たばこ(1日に \_\_\_\_\_ 本)

◎現在の家族構成について教えてください。( \_\_\_\_\_ )

◎当クリニックを何でお知りになりましたか？

医師の紹介・知人の紹介・インターネット・看板・電話帳・その他  
上記、お名前など詳しく教えてください。( \_\_\_\_\_ )