

記載年月日： 年 月 日

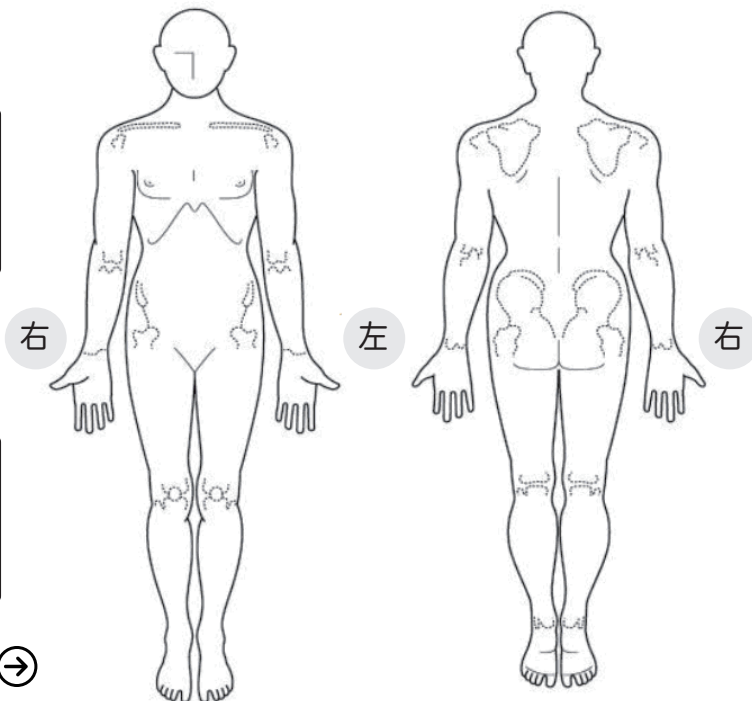
フリガナ			
お名前	(男 ・ 女)		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	(才)

① 本日の症状について伺います。
どのような症状ですか？

[]

その症状はいつ頃から始まりましたか？
思い当たる原因はありますか？

[]



症状の場所を右の図に簡単にお示し下さい ②

その症状について他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい → (医療機関名)

② 今までに大きい病気や手術をされたことはありますか？あれば古いものから順に、お書きください。

いいえ はい → () (例) 15才 肺炎

③ 現在、定期的に他の医療機関で治療を受けておられますか？

いいえ はい → (疾患名) (医療機関名)

ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ はい

④ 今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい → (薬) (食べ物)

⑤ 女性にお尋ねいたします。

現在妊娠中ですか？ いいえ はい → (予定日 年 月 日) 可能性あり

⑥ その他何かご希望等がありましたらご記入下さい。

[]