



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

① 今日はどうな症状で受診されましたか？その症状はいつ頃から始まりましたか？

[ ]

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 → ( 病院・医院名 )

※その医療機関で、薬をもらわれていますか？あれば、薬のお名前をお書きください。

[ ]

② 今までに大きい病気をされたことはありますか？また、手術を受け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。(例) 15才 肺炎

[ ]

③ 現在、定期的にかかっておられる医療機関はありますか？

[ ]

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

現在授乳中ですか？  いいえ  はい

生理はいかがですか？  順調  不順  閉経 ( \_\_\_才 )

輸血(血液製剤)を受けたことがありますか？  いいえ  はい

⑥ その他何かご希望等がありましたらご記入下さい。

[ ]