

初めての患者さんへ

記入日

氏名 年齢 才 男・女

職業 電話番号

1. 今日はどこ具合が悪くて診察にみえましたか。

○印をして下さい。

熱、咳、のど、鼻、吐気、嘔吐、下痢、腹痛、
内科系 頭痛、血圧、胸苦、めまい、尿が近い、発疹、
その他 ()

外科系 打撲、捻挫、傷、できもの、痛み、痺れ
その場所 ()

2. いつ頃からですか。(月 日)

3. 他の病院にかかりましたか。(はい・いいえ)

4. 今まで病気にかかったことがありますか。

(結核、糖尿病、リウマチ、その他)

5. アレルギー体質ですか。(はい・いいえ・わからない)

(食品、 薬品、)

6. 普段胃のぐあいはどうですか。(よい・わるい)

7. 女性の方へ。 最終月経 () ~ ()

イ. 今 生理中ですか (はい・いいえ)

ロ. 今 妊娠してますか (はい・いいえ)

※ 診察の番になりましたら、再度お名前を呼びますので
お待ち下さい。