

| | | | |
|------|-------|-----|-------------|
| フリガナ | | 明 大 | 年 月 日 (才) |
| 氏 名 | | 昭 平 | |
| 電話番号 | () — | 男・女 | 身長 : cm |
| 住 所 | 〒 — | | 体重 : kg |
| | | | 体温 : °C |

1. 今の症状あるいは治療したいことをお書きください。

2. その症状は、いつから始まりましたか？

() 日前から / () ヶ月前から / () 年前から

3. その症状は今も続いていますか？ はい いいえ

4. 今、治療中の病気または、以前かかった（治療した）病気はありませんか？

高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・脳卒中・肝臓病・腎臓病・胃腸病・結核・喘息
緑内障・神経疾患・精神疾患・その他 ()

5. 上記の件で他の医院、病院にかかったことがありますか？

はい () いいえ

現在、内服中の薬はありますか？

はい () いいえ

6. 今までに手術を受けられたことがありますか？また、それはいつですか？

はい () いいえ

7. 今までに薬や注射でじん麻疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？

はい () いいえ

8. 嗜好品についてお伺いします。

①たばこ : 吸わない 吸う () 本 / 日を () 年間

②アルコール : 飲まない 飲む () / 日 ビール・酒・ウイスキー・焼酎

9. 女性の方にお伺いいたします。現在妊娠されていますか？

はい (週) いいえ わからない

10. 他に何かご相談したいことがあればお書きください。

かかりつけ医療機関についてお尋ねします。

なし 野江病院 (循環器内科) 野江病院 (科) 他 ()

●当院を何でお知りになりましたか

看板 ホームページ チラシ 知人に聞いた 野江病院で聞いた 通りがかり 他