

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