

内科の診療を初めて受けられる患者さまに

ふりがな	
お名前	_____ さま
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
年齢・性別	満 () 歳 男性 ・ 女性
身長・体重	身長 _____ c m 体重 _____ kg
住 所	〒 _____
電話番号	ご自宅 () _____ 携 帯 () _____

① 今回来院されたのは、どのような症状でしょうか。

それはいつ頃からでしょうか? _____ 月 _____ 日頃から

② 今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり

ありの方は該当項目にチェックをお願いします。

- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
その他

(_____)

③ 今、現在、服用中のお薬はありますか？

なし

あり→ (病院名 _____)

④ 過去に、お薬や歯科の麻酔や食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはございますか？ 薬物アレルギー なし あり _____

食物アレルギー なし あり _____

⑤ 現在のお体の状態をお教えてください

☆食欲 良 ・ 普通 ・ 不良 ☆睡眠 良 ・ 不良 ☆便通 _____ 日 _____ 回

☆飲酒 1日 (_____) ・ 飲まない

☆喫煙 1日 _____ 本 _____ 年間 (以前禁煙されていた方は _____ 年前から禁煙) ・ 吸わない

⑥ 女性の方は・・・ 妊娠の可能性はありますか？ なし あり

最終月経 _____ 月 _____ 日から ・ 閉経している