



ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
氏名				
住所	〒		年齢	歳 職業
電話番号	自宅:	携帯:		
緊急連絡先	電話番号:	氏名:	続柄:	
メールアドレス				

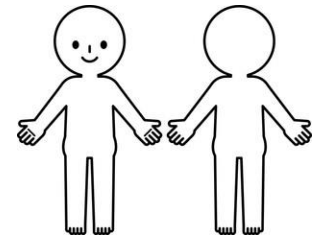
1. 本日はどのような症状で受診されましたか。
ご希望の治療はございますか。例: 上清点滴、光治療 など

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

♥症状がある部分を○で囲んでください。

2. その症状はいつ頃から始まりましたか。

3. その症状の原因で心当たりはありますか。



4. その症状について他の医療機関に受診されましたか。

いいえ はい 〔病院・医院名: 〕

5. 現在治療を受けていますか。

いいえ はい 中断 〔病名: 病院・医院名: 〕

薬の名前:

♥お薬手帳があれば受付に提出ください。

6. サプリメントや市販薬で常用されているものがあればご記入ください。

〔サプリメント・市販薬名: 〕

7. 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ はい 〔病名: 病院・医院名: 〕
いつ頃: 年 月 日 手術・治療内容

8. これまで飲み薬や注射で副作用が出たことはありますか。

いいえ はい 〔薬の名前・種類と副作用の症状: 〕

9. これまでお薬や食べ物でアレルギーを起こしたり、気分が悪くなったりしたことはありますか。

いいえ はい 〔内容: 〕

10. アルコール綿や絆創膏でかぶれたことはありますか。

いいえ はい 〔アルコール綿・絆創膏・その他() 〕

11. タバコを吸いますか。

いいえ はい 1日()本 喫煙年数()年 やめた()年前

12. アルコールを飲みますか。

いいえ はい 種類() 量() 週に()回

13. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか。 いいえ はい(現在 ヶ月) 妊娠の可能性がある

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)

14. 便秘 規則的 便秘傾向 下痢傾向

15. 睡眠 快眠 不眠

16. 運動習慣 有 (内容・頻度など) 無

17. 当クリニックをどのようにして知りましたか。○で囲んでください。

① 知人・家族からの紹介(紹介者名:) ② インターネット

③ その他()

♥ご記入をありがとうございました。

