

☆ ひこぼし内科クリニック ☆

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男性・女性	年齢	歳
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
住所	〒(-)				
電話	() - - - -	携帯電話	() - - -		
職業	記入者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (続柄:)				

■ 診療に役立てるため、下記項目についてお答えください。(該当する項目にレ点チェックをしてください。)

☆ 本日はどうなさいましたか？ 具体的に 体温(°C)

()

☆ いつからですか？

(約 頃から)

☆ 今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

はい

・どんな病気・けがでしたか？()

・いつ頃ですか？ (約 年前 / カ月前)

・現在治療中の病気 (病気: 医療機関名:)

☆ 現在飲んでいる薬を教えてください。(漢方薬や健康食品も含む)

()

☆ 喫煙していますか？

現在もしている 以前していた 今までしたことがない

1日の本数(本) 喫煙をはじめた年齢(歳) やめた年齢(歳)

☆ お酒は飲まれますか？

飲まない 飲む 毎日・週(回)

☆ アレルギーはありますか？

なし 薬 食べ物 花粉症 ハウスダスト その他

()

☆ 妊娠の可能性 あり なし ☆授乳中 はい いいえ

☆ 身長 (cm) 体重 (kg)