

初めて診察を受けられる方へ

フリガナ

お名前

年齢 歳 性別 男・女

住所 (〒)

TEL

職業

【1】症状に○をつけてください

- | | | |
|------------|------------|---------------|
| 1 発熱 () | 8 腹痛 () | 15 息切れ () |
| 2 鼻水 () | 9 下痢 () | 16 むくみ () |
| 3 鼻詰まり () | 10 頭痛 () | 17 不眠 () |
| 4 咽頭痛 () | 11 動悸 () | 18 高血圧 () |
| 5 痰 () | 12 胸痛 () | 19 手足のしびれ () |
| 6 咳 () | 13 嘔気 () | 20 便秘 () |
| 7 くしゃみ () | 14 めまい () | |

〔その他(具体的に) 〕

【2】身長・体重などは、どのくらいですか？

- | | | | |
|------|-----|------|-------|
| 1 身長 | cm | 2 体重 | Kg |
| 3 体温 | 度 | | |
| 4 脈拍 | 回/分 | 不整脈 | ない・ある |
| 5 血圧 | 最高: | 最低: | |

【3】今までにかかった病気(高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・腎臓病など)や、入院したことはありますか？

【4】薬・食べ物でアレルギーはありますか？

【5】現在飲んでいる薬はありますか？

【6】ご家族に高血圧・糖尿病・心臓病・悪性疾患の方がいますか？

【7】女性の方へ 妊娠されていますか？ はい・いいえ
授乳されていますか？ はい・いいえ