

はじめての方に

たけうちファミリークリニック

年 月 日

フリガナ		男 女	才
お名前		明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
ご住所	〒		
電 話	() 携帯		

身長 cm 体重 kg

1. いつからどんな症状がありますか

いつ頃から ()
どこが ()
どんな症状ですか ()

2. 以前にかかった病気や現在治療中の病気はありますか。

ある 高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、呼吸器疾患(結核、ぜんそくなど)、肝臓病、腎臓病、
脳卒中、胃腸病、前立せん肥大、緑内障、その他 ()

具体的な病名 () いつ頃 ()

かかっている病院 () 現在は (治癒、 治療中)
ない

3. 現在服用中のお薬や常用薬はありますか。

ある (お薬の名前:)

* お薬の内容がわかる手帳などがありましたら、お出しください。

ない

4. アレルギーについて

お薬のアレルギーはありますか。(なし、 あり:)
食べ物のアレルギーはありますか。(なし、 あり:)
その他:

5. その他、希望事項がありましたらお書き下さい。

6. どのようにして当院をお知りになりましたか