ID：　　血圧　　/　　mmHg　脈　　回　来院時体温　　℃
日付：

初めて診察を受けられる方へ

ふり　がな			
氏　　名		年齢　　歳	性別（ 男・女 ）
住　　所			
電話番号（　　）　　ー 携帯電話（　　）　　ー	生年月日	明・大 昭・平	年　　月　　日

★ 以下の項目について、わかる範囲で〇印をつけて下さい。

（1）今日はどのような症状で来院されましたか？	いつ頃から？（　　前頃から）
	症状：発熱（　　℃）咳・痰・鼻汁・頭痛・のど痛 吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・胃痛・食欲不振・痔 肛門の出血・肛門の痛み ・その他（　　）
	今日の症状で何か薬を服用しましたか？ いつから（　　）薬剤名（　　）
（2）今までに病気にかかったことがありますか？	無・有　喘息・ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・高脂血症・前立腺肥大症・緑内障・がん その他（　　）
（3）現在何か他の病気で医師の治療を受けたり服用している薬はありますか？	無・有（病名：　　） 薬がわかれば御記入ください。 （薬品名：　　）
（4）今までに薬で何か異常（発疹・嘔気など）がありましたか？	無・有（病名：　　） 薬がわかれば御記入ください。 （薬品名：　　）
（5）飲めない薬はありますか？	無・有（粉薬・錠剤・カプセル・水薬）
（6）アレルギー体質と言われたことがありますか？	無・有　アレルギー名がわかれば御記入下さい。 （　　）
（7）現在、妊娠・授乳はしていますか？	無　【最終月経（　　月　　日～　　日間）】 有　【最終月経（　　月　　日～　　日間）】
（8）家族（血のつながった方）で次の病気の方はいますか？	誰が：（　　）病名：喘息・心臓病・高血圧・腎/肝臓病・糖尿病 高脂血症・がん・その他（　　）
	誰が：（　　）病名：喘息・心臓病・高血圧・腎/肝臓病・糖尿病 高脂血症・がん・その他（　　）

★ 治療に関するご希望があれば記入してください。

◆当院では、漢方治療も積極的に行っております。お気軽に御相談下さい。
記載お疲れ様でした。少々お待ち下さい。