

ご記入後、受付にご提出ください。

高田馬場 内科・皮膚科
クリニック

年 月 日

内科・皮膚科 外来受診の方へ

フリ ガナ

氏 名

年齢

歳 / 診察券登録番号

男 / 女

身長

cm / 体重

kg / 本日の体温

℃

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日から にかかっている。

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを () にご記入下さい。

喘息 (頃) 肺炎 (頃) 結核 (頃)
 高血圧 (頃) 肝臓病 (頃) 腎臓病 (頃)
 糖尿病 (頃) 脳卒中 (頃) がん (頃)
 心臓病 (頃) その他 (病名:)

■今までに手術の経験はありますか？

なし あり 病名: _____

いつ頃: _____

■輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■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: _____

■現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり (薬品名: _____)

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいて

(種類: _____、1回 _____ 杯、毎日 時々 月に2~3回)

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある

最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経してる

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり