

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男性・女性 体温 _____ °C 体重 _____ kg
※お子様のみ

1. 今日はどうなさいましたか？(具体的にお書き下さい)

[_____]

それはいつからですか？ 月 _____ 日頃～

2. 今までに大きな病気をされた事がありますか？それはいつですか？

[_____]

現在他の医療機関で服用されている薬がありますか？ はい・いいえ

※はいと答えられた方はお薬手帳を受付へお出し下さい。

お薬手帳をお持ちでない場合：お薬の名前 _____

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ はい (薬や食べ物の種類： _____ 症状： _____)

4. たばこは吸われますか？

吸わない 以前吸っていた 吸う

一日 _____ 本 × _____ 年間 (以前吸っていた方は _____ 年前に禁煙)

5. アルコールは飲まれますか？

毎日飲む 時々飲む 飲まない

6. 女性の方へ

妊娠されていますか？ いいえ 可能性あり はい (妊娠 _____ 週目)

授乳されていますか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。 コクラ医院