

ID番号

受診日

/ /

お名前				性別
	フリガナ:			男 / 女
生年月日		年齢	職業	
明・大・昭・平・令 年 月 日		才		
ご住所	〒			
電話番号	自宅 / 携帯	勤務先TEL		
身長	体重	体温	血圧	
cm	kg	℃	/ P	
今日はどうな症状ですか？(どこが・いつから・どのように)				
熱(37℃以上)のある方は、1ヶ月以内に渡航歴はありますか？			はい / いいえ	
※上記で「はい」と答え方は渡航先の国名を記入して下さい。				
渡航先国名:				
現在、別の医療機関で治療・投薬を受けていますか？			はい / いいえ	
病院・診療所名		病名		
※内服されているお薬の名前がわかる方はご記入下さい。				
これまでに罹った主な病気(手術も含め)はありますか？			はい / いいえ	
病名・手術歴がある方はご記入下さい。				
ご家族の病気について分かる範囲で教えて下さい。				
父	母	兄弟姉妹	子供・その他	
薬や注射で副作用が出たことはありますか？			はい / いいえ	
「はい」と答え方は薬品名を記入して下さい。				
アレルギーはありますか？			はい / いいえ	
<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> じんま疹(原因物質:) <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック (原因物質:) <input type="checkbox"/> その他()				
生活習慣について				
●タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸う(本/日 年間) ●お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(時々・毎日・週 回 お酒の種類: 量:)				
女性の方にお伺いします				
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ヶ月	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ヶ月	
最終月経	月 日 ~ 月 日	生理不順	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	