

～はじめてのかたに～ のぼのクリニック

No. _____

年 月 日

フリガナ				男	生	大正				
氏名				・	年	昭和				
				女	月	平成	年	月	日	才
					日	令和				
現住所	〒									
電話	() -				職業					

(下記の項目について、当てはまる事情に○印、記入をお願いします) (体重 kg)

- 今日はどのような症状で来院されましたか。具体的に書いてください。
- 日常生活についてお尋ねします。
 - 食欲：① 良好 ② 普通 ③ 不振
 - 便秘： _____ 日 _____ 回
 - 飲酒：① 毎日 (種類 量) ② 時々 ③ 飲まない
 - たばこ：① すう (1日 本 年間) ② やめた ③ すわない
- 今までにかかった病気はありますか
 - ① ない
 - ② ある： A. 高血圧、B. 心臓病、C. ぜんそく、D. 糖尿病、E. 肝臓病、F. アトピー性皮膚炎、G. アレルギー性鼻炎、H. その他 ()
- 現在、服用中の薬がありますか
 - ① ない
 - ② ある：(何の薬ですか)
- 今までに、注射や薬で副作用(発疹、気分不快、等)が出たことがありますか
 - ① ない
 - ② ある： A. かぜ薬(ピリン等)、B. 鎮痛剤、C. 抗生物質(ペニシリン等)、D. その他 ()
- 食物によるアレルギーはありますか
 - ① ない
 - ② ある： A. たまご、B. 大豆、C. 牛乳、D. そば、E. さば、F. その他 ()
- 御家族で次の病気の方はいますか
 - A. アレルギー(ぜんそく、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎) B. 肝炎 C. 癌
- 成人女性の方

現在妊娠されていますか ①いいえ ②はい
- 15歳以下の方

次の予防接種の中で受けたものがありますか？

A. ポリオ、B. BCG、C. はしか、D. 日本脳炎、E. 風疹、
 F. おたふくかぜ、G. 水痘、E. 三種混合
- その他、希望事項がありましたらお書き下さい(検査を希望する、点滴を希望する 等)