



ふりがな お名前 _____	性別： 男 ・ 女
生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
住 所 〒 _____	
電話 番 号 (自宅 _____ /携帯 _____)	


身 長	_____ cm	体 重	_____ kg	体 温	_____ °C
-----	----------	-----	----------	-----	----------

 どのような症状ですか？ 以下のあてはまる口にチェックをつけて下さい。


- | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> のどが痛む | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 咳（せき）が出る | <input type="checkbox"/> ゼイゼイ、ヒューヒューいう | <input type="checkbox"/> 痰（たん）が出る | <input type="checkbox"/> 痰（たん）が出る |
| <input type="checkbox"/> 痰（たん）に血が混ざる | <input type="checkbox"/> 息切れがする | <input type="checkbox"/> 胸が痛む | <input type="checkbox"/> ドキドキする |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐（おうと）、吐き気 | <input type="checkbox"/> 下痢（げり） | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 夜、眠りにくい | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 身体（からだ）がだるい | |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い、気になる | <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い、気になる | | |
| <input type="checkbox"/> 血糖が高い、気になる | <input type="checkbox"/> 関節が痛む | | |
| <input type="checkbox"/> 夜間のいびきが気になる | <input type="checkbox"/> 禁煙治療希望 | <input type="checkbox"/> 舌下免疫治療希望 | |
| <input type="checkbox"/> 健診で指摘を受けた | <input type="checkbox"/> 健康診断希望 | <input type="checkbox"/> 予防接種希望 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |

 現在治療中の病気 なし あり

- | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 痛風（尿酸値が高い） | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 喘息（ぜんそく） | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 癌（がん）（部位： _____ ） | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | | | |

 今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？

- 歳頃（ _____ ）
- 歳頃（ _____ ）


 お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

（ _____ ）

 生活習慣について

- ・お酒 飲む（ビール _____ mL/日） 飲まない
- ・たばこ 吸う（1日 _____ 本 _____ 年間） 吸わない 禁煙した（ _____ 年前から）



 お薬手帳を受付にお渡してください。