

初再

フリガナ

氏名： _____ 年齢： _____ 性別：男・女

生年月日：大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所：(〒 _____)

電話番号： _____ 携帯番号： _____

	①	②	③	④
どの部位がお困りですか？				
いつ頃からですか？				
どのような症状ですか？				
その部位について他の医療機関を受診しましたか？	無・有 ()科	無・有 ()科	無・有 ()科	無・有 ()科
いつ頃受診しましたか？ (有の方のみ)				
処方薬名(お薬手帳があれば一緒にご提示ください)と効果はどうでした？ (有の方のみ)				

●薬で副作用が起きたことはありますか？
前回の受診時と同じ・無・有(薬名: _____ 起きたこと _____)

●他に治療中の病気はありますか？
前回の受診時と同じ・無・有(病名 _____)

●常用している薬はありますか？ お薬手帳があれば一緒にご提示ください
前回の受診時と同じ・無・有(薬名: _____)

●現在、妊娠していますか？(女性の方のみ)
いいえ・はい・可能性がある

●現在、授乳していますか？(女性の方のみ)
いいえ・はい