

フリガナ
お名前

男 ・ 女

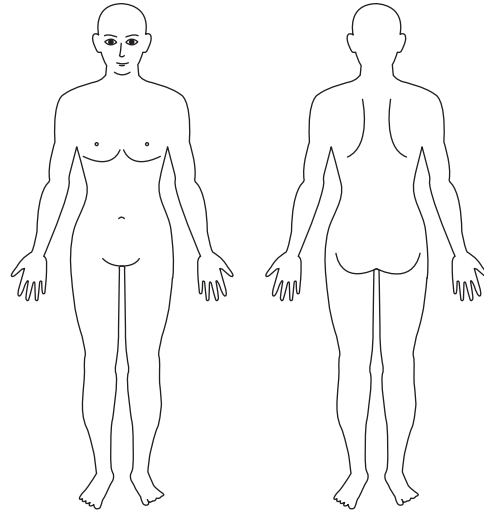
ご住所 (〒 -)

電話番号

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 満()歳

●具合の悪いところをおしえて下さい

頭が 痛い ・ ふらふらする
のどが 痛い ・ はれている ・ せきが出る
胸が 痛い ・ 圧迫感がある ・ 息苦しい
お腹が 痛い ・ 下痢した ・ 嘔吐した
手足が 痛い ・ しびれる
その他 ()



※体のイラストに
○印をつけても
結構です。

●いつからですか? 日前くらい

●何か治療しましたか? 病院にかかった・お薬を飲んだ・何もしていない

●今までにかかったことがある病気をおしえてください

血圧・心ぞうの病気・ぜんそく・肺炎・結核・脳卒中・肝ぞうの病気・糖尿病・腎ぞうの病気
その他()

●今までに手術を受けたことがありますか? ない ・ ある

●薬のアレルギーはありますか? ない ・ ある(じんましんが出た・気分が悪くなった)

●食べ物のアレルギーはありますか? ない ・ ある

●今飲んでいるお薬はありますか? ない ・ ある

●お酒は飲みますか? 飲まない・たまに飲む・毎日飲む

●タバコは吸いますか? 吸わない・たまに吸う・毎日吸う

●女性の方へお聞きします 妊娠していない・妊娠しているかも・妊娠している

●うえしま内科クリニックをどうやって知りましたか?

近所・看板・ちらし・ホームページ・知り合いから・他のクリニックから・その他()