

ふりがな 名前		男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日		
住所	〒 -	TEL(自宅)		TEL(携帯)	
帰省されている場合、実家の住所・TEL			来院時の体温 ℃	体重 kg	

1. 受診するきっかけになった症状について教えてください

いつ頃から ()

どのような症状が 発熱（最高 ℃） のどが痛い 咳 痰 鼻水（透明・黄緑） くしゃみ
鼻閉 ゼイゼイ（吸気時・呼気時） 呼吸困難（夜眠れた・あまり眠れなかった） 喘息 腹痛
下痢 便に血が混じる 便秘 吐き気 嘔吐 発疹 湿疹 かゆみ アトピー 目が赤い 目や
に 頭痛 胸が痛い 関節が痛い その他 ()

今服薬中の薬はありますか ()

2. 今までに診断されたことのある病気（小児期も含め）について教えてください

湿疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、気管支喘息、喘息性気管支炎、花粉症、蕁麻疹
高血圧、糖尿病、緑内障、前立腺肥大、胃十二指腸潰瘍、脳梗塞、肝臓病、リウマチ
その他大きな病気・手術・入院歴など ()

3. アレルギーについて教えてください

食べ物・薬品のアレルギー（副作用）はありますか → ない・ある（品名） ()

4. タバコは吸いますか → いいえ・はい（1日 本）

5. お酒は飲みますか → いいえ・はい（1日何をどのくらい） ()

6. 女性の方にうかがいます 妊娠している可能性はありますか → いいえ・はい
授乳中ですか → いいえ・はい

7. ご家族について教えてください

アレルギー体質の方はいますか → いない・いる ()

大きな病気をしたり持病のある方はいますか → いない・いる ()

タバコを吸う方はいますか → いない・いる () ペットを飼っていますか → いない・いる ()

8. そのほか受診に際して伝えておきたいこと

()

記入された方 → 本人・母・父・() 記入日 → 平成 年 月 日