初めて当院を受診される方へ（大人）　年　月　日

フリガナ	
名前	
性別	男性　・　女性
生年月日	昭和・平成　年　月　日　（　歳）
住所	〒　－
TEL	－　－

1. 現在、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか？「ある」場合は下記に記載をお願いします。

□高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□腎臓病　□痛風　□脳梗塞　□不整脈

□喘息　□緑内障　□膠原病（　）　□その他（　）

飲んでいる薬：　かかりつけの病院：

2. アレルギーはありますか？「ある」場合は下記にチェックまたは記載をお願いします。

□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎

□食物アレルギー（食品名：　）□薬剤アレルギー（薬剤名：　）

□アレルギー物質（□花粉　□ダニ　□ハウスダスト　□動物　□その他

3. 今までに薬で具合が悪くなったことがありますか？「ある」場合は下記にチェックまたは記載をお願いします。

□薬剤名（　）

4. 女性の方は下記にチェックまたは記載をお願いします。

□妊娠の可能性があるまたは妊娠中である（妊娠　週）

□授乳中である

本日はどのような症状（しょうじょう）で来院されましたか？

体温：　℃

□熱　⇒いつから？　日前

□咳（せき）　⇒　□乾いた咳　□湿った咳　□痰がからむ咳

□鼻水　⇒　□透明　□黄色　□緑

□喉（のど）の痛み　□頭が痛い　□関節の痛み　□体がだるい　□めまいがする　□息が苦しい

□くしゃみ

□食事や水分を吐（は）く　□吐き気がする　□下痢（げり）　□お腹が痛い　□便秘

□皮膚（ひふ）の異常

□その他（　）