

初 診 の 方 へ

令和 年 月 日

し めい
氏 名

体温 ℃

① 今日はどうされましたか？

② それはいつ頃からありますか？

③ 今までに、大きな病気や手術を受けたことがありますか？

なし ある

緑内障・アレルギー体質・高血圧・前立腺肥大症・肝臓病・糖尿病・心臓病・喘息
その他（ ）

④ 現在通院している病院がありますか？

なし ある（ ）
病名（ ）
お薬（もらっている もらっていない）

⑤ 注射薬・食物などで発疹が出たり、気分が悪くなったり、したことがありますか？

なし ある
お薬の名前（ ）
食 物（ ）
その他（ ）

⑥ アルコール消毒で皮膚がかぶれたことがありますか？

なし ある

⑦ アルコール（飲まない 飲む 一日 合/日）

⑧ タバコ（吸わない 吸う 一日 本/日）

⑨ 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？（いいえ はい わからない）

現在授乳中ですか？（いいえ はい）

身長 cm 体重 kg

ご協力ありがとうございました。