

ふりがな お名前 _____	電話番号 _____	保険証返却 <input type="checkbox"/> , _____
緊急時等連絡相手, その連絡先 _____		職業 _____
住所 〒 _____		家族構成 _____

身長; _____ cm、体重; _____ Kg、妊娠; (無、有 _____ 週)

禁忌等; (_____)

アレルギー: 薬; (無、有 _____)、他; (無、有 _____)

今日はどうされましたか?

内科的問題?、外科的問題?、皮膚科?、他?

各症状いつ頃からも書いてください

全身症状

食欲は? 無、有 _____ 頃から

熱 _____、(_____) °C、倦怠感(だるさ) _____ 頃から、頭痛 _____ 頃から

ふしぶしの痛み _____ 頃から、筋肉痛 _____ 頃から、体重減少 _____ Kg/ _____ 月、年

上気道症状: 無、有 _____ 頃から

鼻閉、くしゃみ、鼻汁; (性状 _____)、のどの痛み _____、咳 _____、痰

消化器症状: 無、有 _____ 頃から

腹痛; (間歇的=波がある?)、持続的) 嘔気 嘔吐 _____

便異常 (便秘、うさぎの糞様、軟便、下痢、黒褐色、血便、白色)

原因として心当たりのあるもの 無、有

精神症状: (無、有 _____) _____ 頃から

不眠; (寝付きが悪い、早朝覚醒)、意欲がない、暗い気分、死にたい気分、罪悪感

常用薬; (無、有 _____) 薬剤型の好み等; (無、有 _____)

過去の健康上の問題; (無、有 _____)

(手術、入院、輸血歴、他 _____)

海外渡航歴; (無、有 _____)

現在: 治療中の病気; (無、有 _____)

習慣: 喫煙; (無、有; (_____ 本/日 _____ 年間)、(_____ 年前)に禁煙)

飲酒 (_____)、動物との接触; (無、有 _____)

日頃の体質(漢方)

多汗; (無、有)、のどの不快; (無、有)、冷え; (無、有)、めまい; (無、有)

便の異常; (無、有; 便秘気味、下痢気味)