

具合が悪くて当院に来られた方へ

フリガナ

お名前 様 () 才 (男・女) 職業 ()
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所 ()
電話 () ・携帯電話 (なし・)
他の連絡先 (なし・) 電話 ()

①いつ頃から、どこが、どのように具合が悪いのですか？

(例：2日前から夜中に咳こみ止まらない。今日は熱もでてきた。)

②その治療をしていましたか？また、お薬は使っていましたか？

無し・有り ()

③現在治療中の持病はありますか？ 何か薬を飲んでいますか？

④一番心配なこと、お聞きになりたいことは、なんですか？

()

⑤今までに、飲み薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？ また気管支喘息やアレルギー体質 (じんま疹や花粉症など) はありますか？

無し・有り ()

⑥両親・兄弟姉妹に、次のような方があれば○で囲んで下さい。

気管支喘息・アレルギー体質・薬によるショック

⑦今までに、どんな病気にかかりましたか？ それはいつ頃ですか？

⑧女性の方へ…… () 妊娠している可能性はない

() 妊娠しているかも知れない

() 現在 妊娠【 】ヶ月

() 現在 授乳中