

フリガナ		性	男	生年	明治・大正・昭和・平成・令和	職業
氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	
住所	〒					電話番号 (- -)

■ 本日来院された主な理由・症状

┐
┐
┐

■ 服用している薬(ビタミン剤、ホルモン剤、健康食品、漢方薬、鎮痛薬も含む) なし・あり

名前・量・回数

┐
┐
┐

■ 薬に対するアレルギー なし・あり

名前 _____ 症状(皮疹・むくみ など) _____

<既往歴> (該当するものを○で囲ってください: 例 高血圧)

心臓(高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心雑音、他) 血液(貧血、輸血、静脈血栓症、他)
 消化器(潰瘍、胃炎、肝炎、脂肪肝、膵炎、胆石、他) 筋骨格(関節炎、腰痛、膠原病、他)
 尿路系(尿路結石、慢性腎炎、膀胱炎、腎盂腎炎、他) 神経(けいれん、脳梗塞、クモ膜下出血、他)
 呼吸器(喘息、慢性気管支炎、肺気腫、気胸、他) 内分泌・代謝(甲状腺、糖尿病、高脂血症、他)
 アレルギー(花粉症、アトピー、食物アレルギー、他) 感染症(結核、蓄膿症、中耳炎、リウマチ熱、他)

<手術> (盲腸、ヘルニア、胆石、扁桃摘出、帝王切開 他)

<生活習慣> 喫煙歴: 1日 約 ___ 本 × ___ 年間(禁煙 ___ 年前から)

飲酒: 平均1日 ワイン ___ 杯、ビール ___ 本、日本酒・焼酎 ___ 合、その他 _____

<健診歴> (受けたことがある検査を○で囲ってください。)

胃カメラ 大腸カメラ 便潜血 子宮癌検診 乳癌検診 CT 検査(胸・腹など)

その他の健診での異常(_____)

<家族歴> (血縁のあるご家族で該当するものの横に続柄をご記入ください。 例 高血圧 祖父)

心筋梗塞 _____ 突然死 _____ 脳血管障害 _____ 高血圧 _____ アトピー _____ 結核 _____

喘息 _____ 糖尿病 _____ 甲状腺疾患 _____ 偏頭痛 _____ 膠原病 _____ 癌 _____

<閉経前の女性のみ> (該当するものを○で囲ってください)

妊娠中 はい(週目) ・ いいえ 授乳中 はい ・ いいえ

最終生理開始日(年 / 月 / 日) 出産 回、自然流産 回