

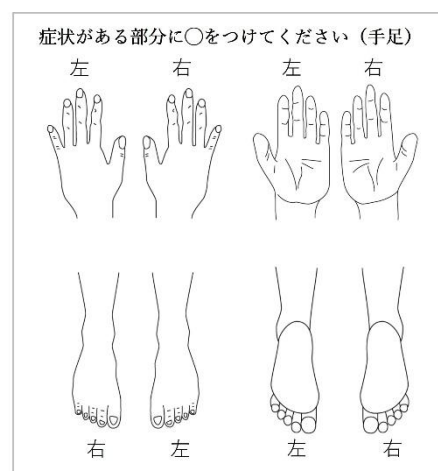
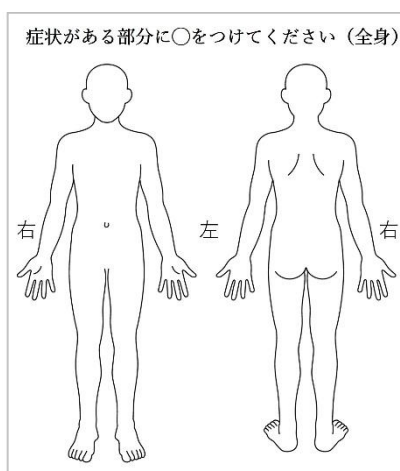
カルテ ID

年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男・女		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 —					
電話	(自宅)	—	—	(携帯)	—	—

1. どのような症状がありますか？

- 怪我、痛い、動かしにくい、やけど
しびれる、腫れている、できもの
その他 (_____)



2. 症状はいつからですか？

日付 (_____)、 いつからかわからない

3. 今までかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

- 糖尿病、高血圧、高脂血症、心疾患、胃腸疾患、肝疾患、腎疾患、肺疾患、ぜんそく
脳卒中、精神疾患、その他 (_____)

4. 現在内服されているお薬はありますか？ (はい・いいえ) (お薬手帳があればお出しください)

薬剤名 (_____)

5. 薬や食物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

6. 女性の方へ→現在妊娠されていますか？ (はい・いいえ)、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

近所、ホームページ・インターネット、知人からの紹介 (_____ 様)

家族が当院に通院している、その他 (_____)

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付までお声かけください。