

診察する上で大切な事項をおたずねします。さしさわりのない程度でかまいませんのでご記入ください。

フリガナ		男・女		記入日		
氏名		()才		ID		
職業	身長	体重	血圧	脈拍	体温	SPO2
	cm	kg	/	回	°C	%
<p>●いつごろから、どのような症状がありますか？ (必ずご記入ください)</p>						
<p>漢方治療</p> <p><input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>しない</p> <p>渡航歴なし・あり(場所 : 期間 ~)</p> <p>妊娠の可能性:いいえ・あり(週) 授乳中:いいえ・あり(才児)</p>						
今までにかかった病気	<p>なし・あり ※かかりつけの病院があればご記入ください</p>					
家族歴	<p>ご家族の方(ご両親・同胞の方)がかかった病気についてご記入ください。ご存命でない方も含めご記入をお願いいたします。</p>					
現在内服中の薬	<p>なし・あり(市販薬・漢方薬も含めてご記入ください)※お薬手帳・お薬情報をお持ちの方はご提示ください。</p>					
薬・食品などのアレルギー	<p>薬のアレルギー : なし・あり (薬の名前: 症状:)</p> <p>食品のアレルギー : なし・あり (食品の名前: 症状:)</p> <p>その他のアレルギー : なし・あり (種類: 症状:)</p>					
嗜好	<p>酒 : 飲まない・飲む 週に(日)くらい 種類() 量()</p> <p>タバコ : 吸わない 吸っている(才から現在まで) (本/日)</p> <p>吸っていた事がある : (才から 才) その時吸っていた本数(本/日)</p>					
女性の方に お聞きます	<p>乳腺科・婦人科を受診される方・漢方を希望される方は必ずご記入ください。</p> <p>初経(才)閉経(才) 最終月経(月 日から 月 日)</p> <p>月経不順:あり・なし 月経周期(日) 出血量(多・普通・少)</p> <p>月経痛:なし・あり(日目) 鎮痛剤の使用:なし・あり(薬の名前)</p> <p>ホルモン療法:なし・あり(歳頃・薬の名前) 結婚:なし・あり(才)</p> <p>妊娠(回) 出産(回)帝王切開(回)流産(回)人工中絶(回)</p> <p>月経随伴症状:なし・あり 排卵痛 月経前の違和感 痛み おりもの</p> <p>性交の経験:なし・あり (婦人科を受診される方は必ずご記入ください)</p> <p>婦人科:子宮がん検診: 受けたことない・受けたことある(最終検診日: 年 月)</p> <p>その他()</p>					

漢方治療をご希望の方は、裏面もご記入ください