

再診の方で前回と症状が異なる方へ

(以前と変わったものについて、ご記入下さい)

記入日：平成 年 月 日

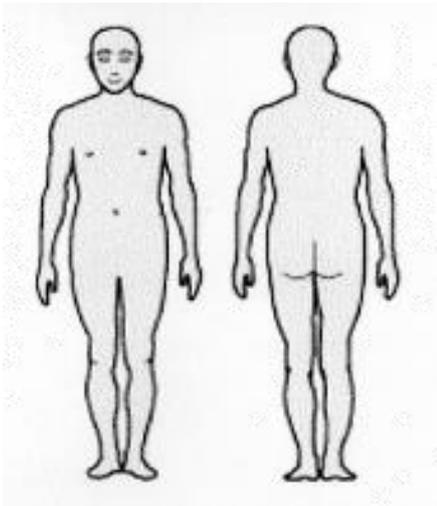
ふりがな

お名前： _____ 男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日 (才)

住所： _____

電話番号： _____ () 緊急連絡先： _____ ()

※ 当院は、個人情報をご診療目的の範囲内で業務遂行上必要な限りにおいて、利用します。



1. どこが悪いのですか？ _____

左の図に○や印をつけて下さい。

2. いつ頃から？ _____

3. どのようにして？ _____

4. 症状は？ _____

5. アレルギー体質ですか？

なし あり (喘息・鼻炎・アトピー・花粉症・食物 _____ ・その他 _____)

6. 注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことはありますか？

なし あり (薬剤名 _____)

7. 以前に大きなけがや病気で入院したり、手術を受けたことがありますか？

なし あり 病名 (_____)・病院名 (_____)・時期 (_____ 才頃)
病名 (_____)・病院名 (_____)・時期 (_____ 才頃)

8. 現在治療中の病気はありますか？

なし あり (高血圧症・糖尿病・心臓病・喘息・胃潰瘍・緑内障・甲状腺疾患・婦人科疾患
・その他病名： _____)
薬名 (_____)

9. 妊娠していますか？ あるいは妊娠の疑いがありますか？

なし あり (_____ ヶ月)

(カルテ No. _____)