

はじめてのかたに

令和 年 月 日

No. _____

| | | | | | | |
|------|-------|-------------|----------------|----|----|-----|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 才 |
| フリガナ | 〒 - | | | | | |
| 現住所 | | | | | | |
| 電話 | () - | 職業 | | | | |
| 携帯電話 | | 身長 | cm | 体重 | kg | |

- 今日は、どのような症状で来院されましたか？（それは、いつ頃からですか？）
- 現在、服用中の薬 又は常用薬がありますか？
①ない
②ある（)
- 今までにかかった病気はありますか？
①ない
②ある (1)高血圧 (2)ぜんそく (3)心臓病 (4)肝臓病 (5)糖尿病
(6)その他（)
- 今までに薬を飲んで副作用が出たことはありますか？
①ない
②ある (1)かぜ薬・ピリン等 (2)鎮静剤 (3)抗生物質（ペニシリン等）
(4)食物 (5)その他（)
- 成人女性の方へ：現在妊娠されていますか？ ①いいえ ②はい
最終の生理はいつですか？（ 月 日）
- その他、希望事項がありましたらお書き下さい。
（検査をしてほしい、点滴をしてほしい等）



医療法人 英心会

藤井ハートクリニック

循環器科 内科 呼吸器科
心臓血管外科 外科 呼吸器外科