

(フリガナ) ()

お名前 ()

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

年齢 歳

郵便番号 〒 -

ご住所

電話番号 ()

身長・体重 (お分かりになる範囲で結構です)

cm kg

本日のご相談内容 (例: かぜをひいた 健康診断で血圧が高いと指摘された etc.)

これまでにかかれた病気

(年齢または年号、病名、受診された医療機関名等 お分かりになる範囲で結構です)

歳 (年) 病名 手術 (有・無) 医療機関名

歳 (年) 病名 手術 (有・無) 医療機関名

歳 (年) 病名 手術 (有・無) 医療機関名

歳 (年) 病名 手術 (有・無) 医療機関名

現在内服中の薬

ない

ある→薬の名前 (お分かりになりましたらお書きください)

()

薬のアレルギー (じんま疹、呼吸困難等の症状を伴うもの)

ない

ある→薬の名前 (お分かりになりましたらお書きください)

()

喫煙

吸ったことがない

以前まで吸っていた (本/日 × 年間 (~ 歳まで))

現在も吸っている (本/日 × 年間 (歳から ~))

飲酒

飲まない

時々飲む (週 2 ~ 3回以下)

ほぼ毎日飲む (1日に を ml・合・杯)

(例 ビールを500ml 等)