

お名前： _____ 本日の体温： _____ °C

※発疹・高熱のある方や伝染病の疑いのある方は、必ず受付にお申し出ください※

共通

- 1 本日はどのような症状でお困りですか。
 発熱 咳 喉の痛み 鼻水 息苦しい 頭痛 めまい
 腹痛 下痢 嘔吐・嘔気 発疹 動悸 胸痛 むくみ (下肢・まぶた・全身)
 その他 [_____]
- 2 1の症状はいつからありますか。 [_____]
- 3 今回の症状にたいして、これまでに治療を受けたり、薬を使用したことはありますか。 はい いいえ
 治療内容や使用した薬 [_____]
- 4 薬や食品などにアレルギーはありますか。 はい いいえ
 薬、食品名 [_____]
- 5 漢方診療を希望されますか。 希望する 希望しない

大人の方のみご記入ください

- 6 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風・高尿酸血症 狭心症・心筋梗塞 不整脈
 喘息 胃炎・胃潰瘍 肝機能障害 その他 [_____]
- 7 常用している薬はありますか。 (お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください。) はい いいえ
 薬名 [_____]
- 8 飲酒： 以前から飲まない _____ 年前にやめた 飲む (1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回)
- 9 喫煙： 以前から吸わない _____ 年前にやめた 吸う (1日あたり _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年)

女性の方のみご記入ください

- 10 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ
- 11 現在、授乳中ですか。 はい いいえ

お子様のみご記入ください

身長： _____ cm 体重： _____ kg

- 12 出生時の様子について
 正常 異常 [_____]
- 13 発育・発達について、異常を指摘されたことはありますか。
 なし あり [_____]
- 14 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
 突発性発疹 はしか 風疹 おたふくかぜ みずぼうそう RSウイルス感染症
 中耳炎 クループ 肺炎・気管支炎 熱性けいれん 尿路感染症
 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 じんましん アレルギー性皮膚炎
 その他 [_____]
- 15 ご家族の病気について
 アレルギー性疾患の方はいますか。 なし あり ⇒ 続柄 [_____] 病名 [_____]
 その他の慢性疾患や大きな病気にかかった方はいますか。
 なし あり ⇒ 続柄 [_____] 病名 [_____]