



|     |      |                     |
|-----|------|---------------------|
| お名前 | ふりがな | 生年月日・年齢             |
|     |      | T・S・H 年 月 日<br>( )歳 |
| 連絡先 | 〒    | 電話番号                |

■本日はどうなさいましたか？(当てはまる物に○をつけて下さい) 体温( )℃

1.具合が悪い

体重(15歳未満のみ)( )kg

・それはいつからですか？ おおよそ、 頃から

・どういった症状ですか？

発熱( )℃、せき、たん、のどが痛い、呼吸困難

腹痛、下痢、嘔吐、頭痛、めまい、だるい、食欲がない

その他( )

2.専門外来希望(睡眠時無呼吸症候群、禁煙治療)、健康診断、予防接種

3.その他( )

■今まで大きな病気、もしくは現在治療中の病気がありますか？

・はい

具体的にはどのようなご病気ですか？ ( )

・いいえ

■現在継続して飲まれているお薬はありますか？

・はい ・いいえ

⇒「はい」とお答えの方へ、具体的にはどのようなお薬ですか？

( )

■今までアレルギー・特異体質と診断されたことがありますか？

・はい ・いいえ

⇒「はい」とお答えの方へ、具体的にはどのような内容ですか？

( )

■たばこは吸われますか？

・はい( 歳から、1日 本くらい) ・以前吸っていた( 歳～ 歳まで、1日 本くらい)

・いいえ

※以下は女性の方のみにお聞きします。

■現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

・はい ・いいえ

・授乳中である(お子さんの年齢 ) ・授乳していない

■当クリニックをどうやって知りましたか？(差し支えなければお答え下さい)

・チラシ ・ホームページ ・近所だから ・内覧会 ・他人から聞いた ・その他( )

★ありがとうございました。上記以外にご希望、ご質問などございましたらどうぞお書きください。

( )