

住所〒

(練馬区・中野区・豊島区)

電話

M・T・S・H 年 月 日生 才【男・女】

お名前 付き添われた方は？【家族・他】

・ご希望に○を記入してください。

風邪症状 診察

(インフルエンザ検査・点滴・自費ニンニク注射)

皮膚症状 相談 花粉症対策

内服薬・外用薬

【検査】・骨粗鬆症・採血・レントゲン・心電図

専門医への紹介

健康診断書 (提出先：学校・職場)

予防接種 (インフルエンザ・肺炎球菌)

抗体検査

(麻疹・風疹・アレルギー・水痘・おたふく風邪)

・風邪症状の方 (症状に○を記入してください)

発熱 度 (昨晚・今朝・ 日前)

(来院時 熱 度)

寒気・頭痛・鼻汁・鼻閉・のどの痛み

せき【有・無】・たん【有・無】

・摂食 【 可能・困難 】

・摂水 【 可能・困難 】

・胸やけ・動悸・悪心・嘔吐

・腹痛・下痢・嘔吐

・その他症状

いつからですか？

【繰り返す症状 有・無】

【 年 カ月 週間 日前 ・昨日 】

思い当たるきっかけは？

【 不明 】

・今回の症状を他院で受診歴

現在・過去 【無・有 どこ？】

診断名：

・既往歴

肩こり【有・無】 / 腰痛【有・無】

アレルギー【無・不明・有】

手術歴【無・有】 / 他

妊娠の可能性 【無・有】

・お薬手帳 【持参・無し・持参忘れ】

・現在加療中

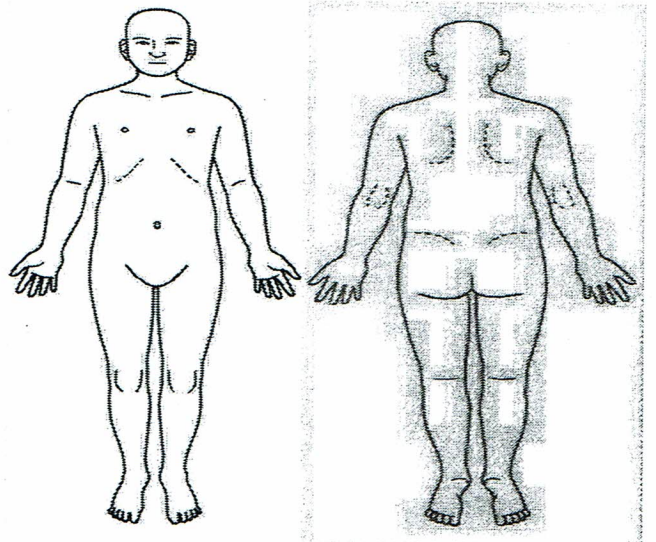
・痛み止め・糖尿・高脂血症・痛風・胃・片頭痛

・ホルモン剤・ピル・甲状腺・骨粗鬆症・貧血

・腫瘍・高血圧・狭心症・不整脈

・利尿剤・眠剤・精神安定剤・喘息・骨折・他

通院先【当院のみ・他】・他院薬の継続処方希望



血圧