

ふりがな		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
お名前		電話番号				
ご住所	〒 -	携帯番号				

1. 本日はどうされましたか？(複数回答可)

- 発熱 鼻づまり 鼻水 のどの痛み 咳 痰 頭痛
 ふしぶしの痛み 全身の痛み だるい 動悸 息切れ
 呼吸が苦しい むくみ めまい 腹痛 吐き気 嘔吐
 下痢 便秘 スポーツ内科相談 禁煙相談
 その他 ()

2. いつ頃からですか？

()

3. 既往歴はありますか？(複数回答可)

- 高血圧 高脂血症 高尿酸血症・痛風 胆石
 脳梗塞・脳出血 心疾患 緑内障・白内障 腎疾患
 気管支喘息 肝炎 結核 胃・十二指腸潰瘍
 肺炎 手術歴 () 輸血歴 ()

4. 現在飲んでいるお薬、サプリメントはありますか？

- あり (薬の名前・お薬手帳) なし

5. アレルギーはありますか？

- はい (薬 食品 その他) いいえ

6. 飲酒についてお伺いします

- する (回/週) しない
● 1日の飲酒量 ビール (ml) ・日本酒 () 合・焼酎 (ml)
その他 ()

7. たばこについてお伺いします

- 吸う 吸わない
一日平均 () 本 喫煙歴 (年)
 以前は吸っていたが止めた。 (年前 平均 本)

8. 女性の方にお伺いします

- 妊娠中 妊娠の可能性有り 妊娠していない 授乳中

有難うございました。