

お答えになれる範囲でご記入下さい

フリガナ		性別：	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
氏名：		生年月日：	明治・大正・昭和・平成 / 西暦	
住所：	〒		年 月 日生	
		緊急連絡先		
		氏名：		
電話：		電話：		
電子メール：		続柄：		
保護者氏名：	(本人未成年者の場合)			
続柄：				
今日はどうのような理由で来院されましたか？				
現在服用中のお薬：		現在かかっている・今までにかかった病気：		
		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
		<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 花粉症
		<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍
		<input type="checkbox"/> その他		
		女性の方：現在妊娠中又は可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
習慣：		アレルギー（薬物・食べ物）：		
たばこ：	1日 本 × 年			
アルコール：	種類：			
	1日 合・杯・c c			
診察に際して何か他に医師に知っておいて欲しいことがあればお書き下さい：				

医師・看護師記入欄

BP /	P	RR	T	PAIN /10
Comments:				2009-02-02