



カルテNo

年 月 日

| | | | | |
|------------|---|------|-------------------|------------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 () 歳 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | 自宅： 携帯： |
| ご職業 | 会社員 / 大学生 / 主婦 / パート・アルバイト / 無職 / その他 () | | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 業務歴 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (薬品、有機溶媒、粉塵などの接触 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・具体的に： () <input type="checkbox"/> 薬品、有機溶媒、粉塵などの接触あり具体的に () | | | |
| 自覚症状 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり・具体的に () | | | |
| 現在治療・通院中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 病名 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| 現在飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 薬の名前 (具体的に お薬手帳があればお見せください。) | | | |
| 過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 病名 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 骨折 |
| 過去に大きな手術・ケガ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・具体的に () | | | |
| 家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 病気のあった家族 (○で囲んでください。) | | 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 | |
| | 病名 | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高コレステロール・高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| 薬・食べ物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 該当する薬や食べ物の名前 | | | |
| 喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う | <input type="checkbox"/> やめた () まで吸っていた) 1日平均 () 本 × () 年間 | | | |
| 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む | <input type="checkbox"/> やめた () まで飲んでいた) 飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週 () 日 <input type="checkbox"/> 毎日 平均飲酒量/日 (清酒換算)： <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2合未満 <input type="checkbox"/> 3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 清酒 1合 180ml の目安：ビール中瓶 1本 500ml、焼酎 35度 80ml、ウイスキーダブル 1杯 60ml、ワイン 2杯 240ml | | | |
| *女性の方のみお答えください。 | | | | |
| 生理中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | | | |
| 現在妊娠中および妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | |

クリニック使用欄

コース (特国 ・ 特社 ・ A定 ・ A雇 ・ B定 ・ B雇) 用紙 (オリジナル ・ 5号 ・ 所定)

オプション () 領収書 (個人 ・ 企業)