

ご病歴伺い

ご芳名	フリガナ		生年月日	
		男・女	年 月 日(歳)	
ご住所 (TEL・FAX)	〒 TEL () FAX ()			
身長・体重	cm			kg
病名	1. 2. 3.	4. 5. 6.		
ご病気の経過 (簡単に)				
現在 困っておられる症状	1. 2. 3.	4. 5. 6.		
	食欲 (ある・普通・ない) 排便 (便秘・正常・下痢) 排尿 (頻尿・乏尿・夜間頻尿) 発汗 (多汗・普通・無汗) 口渇 (お茶を多く飲む・普通・飲まない) 肩こり (いつもある・時々ある・ない) 頭痛 (いつもある・時々ある・ない) めまい (いつもある・時々ある・ない) 耳鳴 (いつもある・時々ある・ない)	乗物酔い (いつもある・時々ある・ない) 手足 (あつい・普通・冷える) 生理不順 (ある・ない) 生理痛 (ある・ない) 睡眠 (よく寝る・普通・不眠) 下肢 (よくつる・時々つる・つらない) 眼 (よく疲れる・時々疲れる・疲れしない) 起床時 (手がはばったい・特になし) 皮膚のかゆみ (ある・ない)		
現在ご服用中のお薬	1. 2. 3.	4. 5. 6.		
クリニックを知られた 動機				

↓お手数ですが、ご記入のうえ下記までFAXか郵送にてご返送下さい。

FAX: 03-3632-2458 **イシハラクリニック**

〒135-0004 東京都江東区森下1-5-5-607 TEL: 03-3632-8028