

No.

フリガナ:	男・女	生年月日				
氏名:		大・昭・平	年	月	日	歳
住所: 〒						
電話番号:		携帯電話:				

受診時体温 (°C)

①今日はどのような症状で来院されましたか？

胸痛 動悸 息苦しさ 頭痛 めまい・立ちくらみ 発熱(℃)

咳 痰 鼻水 鼻づまり 咽頭痛 腹痛 下痢 嘔吐

健診にて異常を指摘()

その他()

②上記の症状はいつ頃からですか？

③今までに病気にかかったことがありますか？ お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡してください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳卒中 喘息 緑内障 前立腺肥大

その他()

***手術や輸血を受けたことはありますか？**

手術: ・ない ・ある → ()歳 手術名()

()歲 手術名()

輸血: ・ない ・ある

④両親・兄弟・祖父母に上記の病気の方はいいますか？

・いない　・いる → 続柄() 病名()

続柄() 病名()

⑤アレルギーはありますか？

・ない ・ある → 乳製品 ・食べ物() ・薬()

⑥生活習慣についておたずねします。

【食欲】 ・ある ・あまりない（いつ頃から）

【睡眠】 ・眠れる ・眠れない（眠剤薬名 ）

【便通】 ・毎日 ・1回/()日 ・便秘 (下剤薬名)

【飲酒】 ・飲まない

・飲む → ・頻度 (毎日・ 回/週) ・1日量()

【喫煙】 ・吸わない

・禁煙中 → 禁煙前 1日()本 ()年間

・吸う → ()歳から 1日()本 ()年間

⑦この1か月の間に海外へ行かれたか？ ・いいえ ・はい（国名 ）

⑧女性の方にお聞きします。

現在妊娠していますか？ ・はい 週(予定日) ・いいえ ・不明

授乳中ですか？ ・はい ・いいえ