

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ 度 血圧 _____ / _____

1. 今日どのようなことでこられましたか？

1. 咳 2. 喘鳴 3. 鼻水 4. 喉の痛み 5. 腹痛 6. 下痢 7. 吐気・嘔吐
8. 胃痛 9. 食欲不振 10. 胸痛 11. 頭痛 12. 寒気 13. 関節痛
14. 痙攣 15. 発疹 16. かゆみ

その他 _____

2. 上記の症状はいつからですか？ _____

3. 今までに病気にかかったことがありますか？ 特になし

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞
7. 癌 8. 気管支喘息 9. 胃潰瘍 10. 前立腺肥大

その他 _____

4. 今飲んでいるお薬はありますか？ 特になし

薬剤名 _____

5. 今までに薬で副作用はありましたか？ 特になし

薬剤名 _____

6. ご家族の方で大きな病気や慢性病の方はいますか？ いない わからない

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞
7. 癌 8. 気管支喘息

その他 _____

7. たばこは吸いますか？

吸う 《1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年》 吸わない

8. アルコールは飲みますか？

毎日 週 _____ 回 《日本酒 1日 _____ 合》《ビール 1日 _____ 本》
時々 飲まない

9. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり（薬の名前： _____ ）、造影剤 なし ・ あり（ _____ ）
（食べ物： _____ ）

10. 女性の方に質問です。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい （妊娠 _____ ヶ月）

11. 当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他（ _____ ）