

# 内科診察を受けられる方へ

月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 (男・女) \_\_\_\_\_

☆症状のあてはまる所に○をつけてください。

年 月 日ころから

- ・胃痛      ・胸やけ      ・腹痛      ・吐き気      ・嘔吐 \_\_\_\_\_ 回      ・下痢 \_\_\_\_\_ 回
- ・頭痛      ・関節痛      ・胸痛      ・どうき      ・めまい      ・血便 \_\_\_\_\_ 回
- ・せき      ・たん      ・鼻水      ・のどの痛み      ・熱 \_\_\_\_\_ 度
- ・排尿痛      ・残尿感      ・むくみ
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・健康診断の再検査 食事をして来ましたか。      ・はい (時間 \_\_\_\_\_ )      ・いいえ

☆経過 (医療者使用欄)

[ \_\_\_\_\_ ]  
今の体温 \_\_\_\_\_ 度

☆今までに他院に通院や入院したことがありましたらお書きください。

いつころ \_\_\_\_\_  いつころ \_\_\_\_\_  
病名 \_\_\_\_\_  病名 \_\_\_\_\_  
病院名 \_\_\_\_\_  病院名 \_\_\_\_\_

☆のんでいる薬がありますか。

- ・はい      ・いいえ      薬手帳をお持ちでしたら診察時にお出してください。

☆アレルギーはありますか。

- ・はい (薬 \_\_\_\_\_ ) (食べ物 \_\_\_\_\_ ) (その他 \_\_\_\_\_ )
- ・いいえ

☆タバコを吸いますか。

- ・はい 1日 \_\_\_\_\_ 本 (いつから \_\_\_\_\_ )
- ・いいえ
- ・やめた (吸っていた期間) 何才 \_\_\_\_\_ ~ 何才 \_\_\_\_\_ 1日何本 \_\_\_\_\_

☆アルコールは飲みますか。

- ・はい 1日量 \_\_\_\_\_ 回/週 酒類 (ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキー・その他)
- ・いいえ

☆今日は誰と来ていますか。( 1人 ・ 家族 ・ 知人 ・ ヘルパー )

診察時介助の必要がありますか。

- ・はい  
(車いす・つえ・見えづらい  
・耳が遠いなど)
- ・いいえ

★女性の方にお伺いします。★

現在妊娠していますか。

- ・はい      ・わからない      ・いいえ
- 授乳中ですか。      ・はい      ・いいえ
- 最終生理 月 日 ~ 月 日