

診察を受けられる方へ

月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 才 (男・女)

★下記の項目をご持参されていますか？

- ・診療情報提供書 (お手紙) (有 ・無)
- ・CD (医療機関からのもの) (有 ・無)

ご持参でしたら、
受付へご提出お願いします。

★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 _____

★過去1カ月以内に海外渡航歴はありますか。

(あり ・ なし)

「あり」の方・・・渡航先 (_____) 渡航期間 (_____)

★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