

受診される方へ

体温 _____ °C

記入日 年 月 日

あなたの診察の参考にしますので下記の質問にお答えください。

(わからないところや、あてはまらないところは記入しなくて結構です。) ID _____

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生		
お名前			身長	cm	体重
ご住所	〒 _____		電話	()	

○本日はどのような目的で受診されましたか？

発熱 のどの痛み 咳 吐き気 下痢 腹痛 食欲低下 頭痛
 健康診断 予防接種 紹介状持参
 その他 _____

○症状はいつからでしょうか？

今日 昨夜 昨日 2～3日前 1週間位前 2週間位前 1ヶ月位前
 その他 _____

○現在治療している病気はありますか？ (いいえ ・ はい)

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳卒中 その他 _____

○これまでに大きな病気をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

病名① _____ (_____ 年頃)
 病名② _____ (_____ 年頃)
 病名③ _____ (_____ 年頃)

○薬・食物のアレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)

(ある方) 内容 _____

○妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ) (していない ・ している ・ 分からない)

○たばこ (吸わない ・ 吸う [1日/ _____ 本])

○アルコール (飲まない ・ 飲む [何をどれくらいですか? _____])

紹介状、お薬手帳、健診結果をお持ちであれば、お出し願います

ご協力ありがとうございました