

お名前： _____ 本日の体温： _____℃

※発疹・高熱のある方や伝染病の疑いのある方は、必ず受付にお申し出ください※

来院目的

- 1 健康診断で異常を指摘された。 ☐ はい ☐ いいえ
(はい)の方 健診結果をお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ
- 2 本日はどのような症状でお困りですか。
☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 喉の痛み ☐ 鼻水 ☐ 息苦しい ☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ お腹がはる
☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐・嘔気 ☐ 発疹 ☐ 動悸 ☐ 胸痛 ☐ むくみ (下肢・まぶた・全身)
☐ たん ☐ 寒気 ☐ 息切れ ☐ 血便 (便に血が付く・便に血が混じる・黒い便・潜血)
☐ その他 []
- 3 1の症状はいつからありますか。 []
- 4 今回の症状にたいして、他院で診察をされましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
医療機関名・病名 []

問診・既往歴

- 1 便通はありますか？ () 日に () 回 (普通 ・ やわらかい ・ 水様 ・ 黒色)
- 2 睡眠について ☐ 寝れる ☐ 寝付きにくい ☐ 寝れない
- 3 食欲について ☐ ある ☐ 普通 ☐ 少ない ☐ ない
- 4 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風・高尿酸血症 ☐ 狭心症・心筋梗塞 ☐ 不整脈
☐ 喘息 ☐ 胃炎・胃潰瘍 ☐ 肝機能障害 ☐ その他 []
- 5 アレルギーはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
薬剤・食物・その他 []
- 6 常用している薬はありますか。(お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください。) ☐ はい ☐ いいえ
薬名 []
- 7 飲酒： ☐ 以前から飲まない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 飲む (1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回)
- 8 喫煙： ☐ 以前から吸わない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 吸う (1日あたり _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年)
- 9 入院歴について ☐ ある ☐ ない
病名・いつ頃 []
- 10 ご家族の病気(既往歴)について ☐ あり ☐ なし ⇒ 続柄 [] 病名 []
- 11 輸血を受けたことはありますか？ ☐ はい () 歳ごろ ☐ いいえ
- 12 ご職業をお教えてください。 []

女性の方のみご記入ください

- 1 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 2 最終月経 () 月 () 日 から () 日間