

診察を受けられる方に

フリガナ：	生年月日	性別
氏名：	年 月 日	男・女
	(歳)	
住所：〒		
電話番号：	携帯番号：	

1. 今回はいつ頃から、どこが、どのように具合が悪くて来院されましたか？

()

2. 現在、他の病院・医院の治療を受けたり、お薬を飲んだりしておられますか？

・ない ・ある (お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。)

3. 今までにかかったことがある病気があれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍
結核 尿管結石 気管支喘息 前立腺肥大 緑内障 痛風

その他 ()

4. 手術や輸血を受けたことがありますか？

手術： ・ない ・ある → (年前頃 _____)
(年前頃 _____)

輸血： ・ない ・ある

5. 薬や注射・食物で、発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありませんか？

・ない ・ある ()

6. タバコは吸われますか？

・吸わない ・吸う (1日 本 / 過去 年間)

7. アルコールは飲みますか？

・飲まない ・飲む (1日ビール ml、その他1日)

8. 女性の方へ：以下の質問にお答えください。

現在妊娠していますか？ (はい・いいえ・不明)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

9. 診察、検査、治療に対して希望あるいは心配なことがあればお書きください。

()

身長： cm	体重： kg	体温： °C
血圧： /	脈拍： /min	血圧は測定器をご利用ください