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 （　　歳）	男 ・ 女
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
   癌（　　）　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／過去約 ＿＿＿ 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：　　℃
血圧：　　／	脈拍：　　／min	血圧は測定器をご利用ください