

フリガナ		生年月日:	大正 平成	昭和 令和	年	月	日
氏名		年齢:	歳	性別:	男	・	女
住所	〒						
電話番号	-	-	緊急連絡先:	-	-	-	-

## 1. 本日の来院目的を教えてください。

- 体調不良、診療 健診目的 診断書作成 予防接種 禁煙外来 介護保険申請  
検査希望 ( ) その他 ( )

## 2. いつ頃からどのような症状がありますか？

( )

- 発熱・倦怠感 頭痛 のどの痛み 吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘  
咳 痰 息苦しさ 動悸・胸痛 血圧高値 むくみ 食欲不振 花粉症  
めまい 不眠 関節痛 皮疹 尿症状 その他 ( )

## 3. 現在通院中もしくはこれまでにかった大きな病気はありますか？

- あり なし (ありの方は以下にお答えください)  
高血圧 糖尿病 脂質異常症 喘息 肺気腫 狭心症・心筋梗塞 不整脈  
脳梗塞・脳出血 虫垂炎(もうちょう) 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 緑内障 腎臓病  
がん ( ) アレルギー疾患 整形外科疾患(骨折、関節痛、骨粗しょう症など)  
その他具体的に ( )

## 4. 現在内服中の薬はありますか？

- あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)  
( )

## 5. これまでに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

- あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)  
( )

## 6. 喫煙歴、飲酒歴について教えてください

- 喫煙：吸ったことがない 現在吸っている やめた(1日 本 × 歳 ~ 歳)  
飲酒：なし あり やめた(週 日、酒類・量)

## 7. 女性の方に伺います

- 妊娠中もしくは妊娠の可能性：なし あり ( カ月)  
授乳：なし あり ( 歳 カ月)

## 8. 来院のきっかけについて教えてください

- 通りがかり 看板 近隣や知人からの紹介 家族や親族からの紹介 ホームページを見て  
インターネットで検索 エリア地図を見て 他院からの紹介 チラシ その他 ( )

## 以下クリニック記載項目

- 持参書類：なし 紹介状 健診結果 薬手帳 CD-R その他 ( )

体温

血圧

脈拍

SpO2