

フリガナ		生年月日: <small>大正 昭和</small> 年 月 日 <small>平成 令和</small>
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