

【 内科外来受診の方へ 】

フリガナ

氏 名 _____ 年齢 _____ 歳 / 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ (_____) _____

男 / 女 身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 本日の体温 _____ °C

以下、わかるところのみお答えください。

- 具合の悪いところを記入してください。
どこがどのように悪いですか？ _____
- それはいつ頃からですか？ _____
- 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？
いいえ はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ (にかかっている)
- 現在、飲んでいる薬はありますか？
なし あり (薬品名： _____)
- 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックをつけて、いつ頃かを () にご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 喘息 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> 肺炎 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> 結核 (_____ 頃) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> 肝臓病 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 (_____ 頃) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> がん (_____ 頃) |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 (_____ 頃) | <input type="checkbox"/> その他 (病名： _____) | |
- 今までに手術の経験はありますか？
なし あり (病名： _____)
(時期： _____)
- ご家族で病気の方がいらっしゃいましたらご記入ください。 _____
- 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)
 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)
 その他： _____
- アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでた (毎日 週に数回 月に数回)
- たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日あたり約 _____ 本)
- ※女性の方へ 妊娠している可能性は？ ない ある
 最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経している
- 健診や検査の結果など、または他医院からの紹介状などはお持ちですか？ なし あり
- 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？
チラシを見た 近所だから 他の病院から その他 (_____)