

ID :

診察を受けられる方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男	電話	自宅
氏名		女		携帯
(年 月 日生 歳)				
住所	〒			

■ どんな理由で受診されましたか？

- ①症状がでてきた ②健康診断で要精査と言われた ③他院から変わりたい ④予防接種希望
⑤診断書がほしい

■ 現在、どんな症状がありますか？特にひどいものに◎をつけてください。

- 1)体がだるい 2)発熱 3)鼻水 4)鼻づまり 5)くしゃみ
6)のどの痛み 7)咳 8)頭痛 9)めまい 10)腹痛
11)胃痛 12)はきけ 13)嘔吐 14)下痢 15)便秘
16)胸痛 17)胸がドキドキ 18)息切れ 19)むくみ (場所:)
20)しびれ (場所:)
21)その他

■ 症状はいつ頃から始まりましたか？

- ① () 時間前から ② () 日前から ③不定期

■ 現在治療している病気や、以前にかかった病気はありますか？

- ・なし
・あり ⇒ ぜんそく・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・脳梗塞・心筋梗塞・狭心症・胃十二指腸潰瘍・肝臓病・がん ()・その他 ()

■ 薬を飲んだり注射して、気分が悪くなったり発疹がでるなどのアレルギーがでたことはありますか？

- ①なし ②あり (薬:)

■ 食べ物のアレルギーはありますか？

- ①なし ②あり ()

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

- ①なし ②あり (薬:)

■ 女性の方のみ、お答えください。

現在妊娠の可能性はありますか？ ①はい ②いいえ 現在授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

◇ この医院はどのようにして知りましたか？

- ①知人から聞いた ②たまたま前を通過して ③ネットで検索 ④電柱広告 ⑤ビラ ⑥他の病院から紹介
⑦その他 ()