

内科外来受診の方へ

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ □男 □女  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

◎5日以内に発熱やかぜ症状はありましたか？ ( あり・なし )  
 いつから・症状( \_\_\_\_\_ )  
 同居家族に上記症状の方はいませんか？ ( あり・なし )

1. どこがどのように具合が悪いですか？

2. いつからですか？

3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

□高血圧 ( \_\_\_\_\_ 頃) □糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 頃) □脳卒中 ( \_\_\_\_\_ 頃)  
 □高脂血症 ( \_\_\_\_\_ 頃) □心臓の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃) □腎臓の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃)  
 □肝臓の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃) □呼吸器の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃) □消化器の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃)  
 □婦人科の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃) □前立腺肥大 ( \_\_\_\_\_ 頃) □眼の病気 ( \_\_\_\_\_ 頃)

□その他: \_\_\_\_\_

4. 障害者手帳等を持っていますか？ □ペースメーカー □障害(身体・精神) □その他

5. 現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いいたします。  
 □なし □あり(薬品名: \_\_\_\_\_ )

6. 今までに手術の経験はありますか？  
 □なし □あり 病名: \_\_\_\_\_  
 いつ頃: \_\_\_\_\_

7. 輸血を受けたことがありますか？ □なし □あり

8. 薬や注射のアレルギーはありますか？ □なし □あり(どのような薬: \_\_\_\_\_ )  
 食べ物のアレルギーはありますか？ □なし □あり(どのようなもの: \_\_\_\_\_ )

9. たばこ □吸わない □吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)  
 □吸っていたがやめた ( \_\_\_\_\_ 年前まで、1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)

10. アルコール □飲まない □時々飲む(週に \_\_\_\_\_ 回)  
 □毎日飲む(酒 \_\_\_\_\_ 合、ビール \_\_\_\_\_ ml、焼酎 \_\_\_\_\_ 合、その他 \_\_\_\_\_ )

11. この1年間に健康診断を受けましたか？ □ない □ある( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、どこで: \_\_\_\_\_ )

12. 女性の方へ

妊娠の可能性 □あり □なし □不明 妊娠週数( \_\_\_\_\_ )週

授乳中ですか？ □はい □いいえ ※妊娠・授乳中の方は、医師またはスタッフへお伝え下さい。

生理は？ □規則的 □不規則 □閉経 最終月経 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間