

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

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。

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 () | <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 脳卒中 () |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 () | <input type="checkbox"/> 心臓の病気 () | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 () |
| <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 () | <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 () | <input type="checkbox"/> 消化器の病気 () |
| <input type="checkbox"/> 婦人科の病気 () | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 () | <input type="checkbox"/> 眼の病気 () |
| <input type="checkbox"/> 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: _____)
その他: _____

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. 最近の海外への渡航歴はありますか？ □なし □あり
ある方は どこへ() いつ()

13. 女性の方へ

妊娠の可能性 □あり □なし □不明

授乳中ですか？ □はい □いいえ ※妊娠・授乳中の方は、診察室でも直接医師へお伝え下さい。

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