

内科

受診日： 年 月 日

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 年齢： 才 性別： 男 女

身長 cm / 体重 Kg

| | | | |
|--------------------|---|---|---|
| いつからですか | | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 黒色便 <input type="checkbox"/> 健診異常 <input type="checkbox"/> その他 (| <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 定期診察 | <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 水便 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい |
| 場所(部位) | | | |
| かかりつけ医療機関の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 医療機関名： | |
| 現在服薬している薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 薬品名： | |
| かかった事がある、または治療中の病気 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 (| <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 精神神経病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 花粉症 |
| 過去に手術の有無および時期 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 時期： | |
| 過去の手術病名 | | | |
| 血縁者の病気 | <input type="checkbox"/> ガン <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> わからない |
| 本人へ病名告知して良いか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない | | |
| 告知相談者 | | | |
| 薬や注射で具合が悪くなる | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 | 薬品名： | |
| 食品で具合が悪くなる | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 | 食品名： | |
| 月経 | <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 | | |
| 最終生理 | 月 日から 月 日まで | | |
| 妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 授乳中 | |
| 煙草 | <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない | 1日 本 年間 | |
| 酒類 | <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない | 1日 ビール 本 清酒 合 | |