

フリガナ

氏名

身長 cm / 体重 kg / 体温 °C / ご職業

1. 今日はどうなさいましたか？

来院目的 治療・相談 注射・点滴 心療内科 健診 診断書 転医希望
 その他 ()

症状 ……発症日 () から ()
 痛み…部位 () 発熱 (最高 °C いつ 月 日)
 倦怠感 咳・たん 鼻水・鼻づまり お腹の症状 ()
 食欲がない はきけ・嘔吐 体重減少 むくみ 動悸 めまい 息苦しい
 胸が苦しい 手足のしびれ 不眠 いらいら感 不安感 気分の落ち込み
 その他 ()

2. 現在治療中の病気について

通院中の病院 内科 整形外科 耳鼻科 皮膚科 眼科 外科 婦人科
 心療内科・精神科 泌尿器科 その他 ()
 なし あり 病院名 ()
 病名 高血圧 糖尿病 コレステロール・中性脂肪 喘息 その他 ()

4. 過去に何か病気をされたことはありますか？

ない
 ある 病名 ()

5. アレルギーはありますか？ ない ある

薬 () 花粉症 ()
 食物 () その他 ()

6. 現在定期的に飲んでお薬はありますか？

ない ある お薬の内容→
 お薬手帳あり 携帯のアプリ

7. お薬についてご希望はございますか？

漢方薬 ジェネリック その他 () なんでもよい

8. サプリメントや健康食品は摂取していますか？

していない している ()

9. 日頃の生活習慣についておたずねします。

◆タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う (1日 本 / 年間) 吸ったことがある (年前に禁煙)
 吸ったことがある (年前に禁煙)
 ◆お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む (種類 / 1回量 / 週 日)
 ◆運動習慣はありますか？ なし あり ()
 ◆睡眠状況を教えてください () 時頃就寝 () 時頃起床 平均 () 時間

10. 介護認定を受けていますか？ なし 申請中 あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

11. 現在、妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？ なし あり (妊娠 週)

12. 半年以内に海外へ行かれたか？ いいえ はい (国名:)

13. 当院をどこで知りましたか？ ホームページ 知人の紹介 その他 ()

***検尿**をお願いする事がありますので、お手洗いを利用される方はスタッフまでお声かけください。