

体温 _____ °C

受診される方へ

記入日 年 月 日

あなたの診察の参考にしますので下記の質問にお答えください。

(わからないところや、あてはまらないところは記入しなくて結構です。 ID _____)

フリガナ		生 年 月 日	性 別
氏 名		M・T・S・H 年 月 日 歳	男・女
住 所	〒	身長/体重	
		電話番号	— — cm/ kg

○本日はどのような目的で受診されましたか？

頭痛 発熱 腹痛 喉の痛み 咳 嘔吐 吐き気 下痢 食欲低下

他院からの紹介 健康診断の結果治療が必要といわれた 経過観察

その他症状 _____

○症状はいつからですか？

今日 昨夜 昨日 2～3日前 1週間位前 2～3週間位前 1ヶ月位前

その他 _____

○現在通院している病院はありますか？ (いいえ ・ はい)

病院名 _____

病名 高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 脳卒中 その他 _____

薬剤情報文書 (ある ・ なし ・ 忘れた)

○これまでに手術の経験はありますか？ (いいえ ・ はい)

胃・大腸・胆石・婦人科・その他 () いつ頃 (年頃)

○薬や注射で具合が悪くなったり、発疹がでたりしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

内容 _____

○妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) (していない ・ している ・ 分からない)

○たばこ (吸う ・ 吸わない) ○アルコール (飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない)

○本日食事や飲み物はとられましたか？ (とった ・ とっていない) 飲み物 ()

○病名告知を希望されますか？ (希望する ・ 希望しない ・ わからない)

○診察への希望がありましたらお書きください

[_____]

○当院をどのような方法で知りましたか？ (当てはまるもの全てに○をつけてください。)

他院から紹介・知人の紹介・インターネット・タウンページ・看板をみて・近所

ご協力ありがとうございました