

ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____

体温 _____ 度 身長 _____ cm 体重 _____ kg

- ◆ 本日はどのような症状での受診ですか
いつから ()
- ◆ 渡航歴 なし・あり ()
◆ 身近で発熱者 なし・あり (家族・職場・学校) ()
◆ インフル予防接種 未・済

症状のあるものを○でかこんで下さい ◆ 診断書希望 なし・あり

熱 のどの痛み 鼻水 鼻閉 せき たん(透明 白 黄 緑) 関節痛

息苦しい ゼーゼー・ヒューヒュー

頭痛 めまい 耳鳴り はきけ はいた(回)

胃の痛み 腹痛 下痢(回) 便秘 お腹がはる

胸の痛み どうき 息切れ 血圧が高い

健康診断の結果で異常あり来院

その他()

○上記のことで他の病院へ行きましたか

行かない 行った *いつ () どこに ()

内容 []

◇ 食事はとれますか? ふつう いつもより少ない 食べられない

◇ 水分はとれますか? はい 少し いいえ

- ◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ある ()

現在 飲んでいる薬がありますか ない ある

(薬の説明書があれば見せてください)

- ◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか
-
- ない ある ()

- ◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか
-
- ない ある (病名 何歳 治療内容) ()

- ◆ 今までに手術をうけたことがありますか
-
- ない ある (手術名 何歳) ()

- ◆ 今までに輸血をうけたことがありますか
-
- ない ある (何歳頃) ()

- ◆ アレルギーがありますか
-
- 薬物 ない ある (薬剤名) ()
-
- 食物 ない ある (食物) ()

- ◆ 飲酒について
-
- 飲まない 飲む (何歳から なにを どの位) ()

- ◆ 喫煙について
-
- 吸わない 吸う (何歳から 1日に何本位) ()

- ◆ 処方はどちらを希望されますか 院内処方 院外処方

- ★女性のみ 月経はありますか ない ある (最終月経はいつですか) ()
妊娠の可能性 なし あり (現在 ヶ月)
授乳中ですか いいえ はい