

フリガナ _____ 生年月日 明 大 昭 平 年 月 日
 お名前 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg 身長 _____ cm
 ご住所 〒 _____
 自宅 _____ () 携帯 _____ () (続柄)

今日は、どうなさいましたか？ (該当を○で囲んで下さい) 体温 _____ °C

胸痛 発熱 腹痛 鼻炎 嘔気 嘔吐 下痢 全身倦怠感 頭痛 胃痛 咳
 痰 のどが痛い 筋肉痛 関節痛 鼻水 鼻づまり めまい 寒気 貧血

その他 ()

いつからその症状がでましたか？ 今日から・昨夜から・昨日から・ 日前から
 発熱は、いつからですか？ 今日から・昨夜から・昨日から・ 日前から °C

健康診断の結果異常の指摘・・・ _____
 病名： (糖尿病 ・ 甲状腺 ・ 痛風 ・ 肥満 ・ やせ ・ 高脂血症 ・ 高血圧症 ・ 高尿酸血症)
 その他：

現在、治療している病気はありますか？ はい・いいえ (該当を○で囲んで下さい)

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・緑内障 ・高脂血症 ・脳卒中 ・気管支喘息
 ・前立腺肥大 ・痛風 ・胃腸の病気 ・がん (癌) ・その他 ()

治療している病院名 ()

服用中の薬はありますか？ いいえ・はい (お薬手帳はありますか？はい・いいえ)
 (薬剤名：)

これまでに大きな病気にかかった事があるか (入院や手術を要する病気等) はい・いいえ

病名： _____ 時期： _____ 年 月
 医療機関名： _____ 治療内容： _____

薬のアレルギーは、ありますか？ なし・あり (薬剤名：)
 食べ物のアレルギーは、ありますか？ なし・あり (食品名：)

女性の方のみにお聞きします。

・妊娠していますか？ (いいえ・はい) 妊娠 週
 ・授乳中ですか？ (いいえ・はい)

周囲に感染症の方はいらっしゃいますか？

・はい 同居者 () それ以外 ()
 ・いいえ ()