

# 初めての方に

平成 年 月 日

ふりがな					男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
お名前										
住所	〒 -									
電話	( 緊急連絡先 )									
身長	cm	体重	kg	体温	°C					

1. いつからどんな症状がありますか。

いつから： \_\_\_\_\_  
 症 状： \_\_\_\_\_

2. 今までに次のような病気をしたことがありますか。

- ①ない  
 ②ある 脳梗塞 脳出血 高血圧 心臓病 喘息 結核 十二指腸潰瘍  
 糖尿病 肝臓病 胃潰瘍 緑内障 胆石 高脂血症 前立腺肥大  
 その他 \_\_\_\_\_

入院したことがありますか。

①ない ②ある → 病名： \_\_\_\_\_ 、 \_\_\_\_\_ 才時

手術をしたことがありますか。

①ない ②ある → 病名： \_\_\_\_\_ 、 \_\_\_\_\_ 才時

3. 現在、使用中の薬がありますか。

①ない ②ある → 受付にお薬手帳をお出してください。

4. アルコールは飲みますか。

①飲まない ②飲む ③時々飲む

5. タバコは吸いますか。

①吸わない ②吸う → 1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間継続

6. 今までに薬や注射でアレルギー(じんましん、気分が悪くなるなど)がでたことがありますか。

①ない ②ある → 薬の名前 \_\_\_\_\_

7. 女性の方へお尋ねします。

- ・妊娠されていますか。①はい ②いいえ ③不明
- ・授乳されていますか。①はい ②いいえ ③ときどき

8. 希望することはありますか。

- 尿検査 血液検査 CT検査 レントゲン検査 投薬  
 心電図 胃カメラ 大腸内視鏡 骨粗しょう症検査  
 点滴 禁煙治療 腹部エコー 頸動脈エコー  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )