

初めてのの方に

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 (_____)