

ID:

内科

受診日: 年 月 日

下記の質問事項にお答えください

ふりがな

※○、□にチェックをお願いします。

氏名

男 女

年齢 歳

体重 kg

身長 cm

生年月日(○大 ○昭 ○平 ○令) 年 月 日 未婚 既婚

職業

※差し支えなければお書き下さい。

1 本来来院されたのは、いつから、どのように具合が悪いからですか？

いつから

症状

定期検査・精密検査

その他

今回の症状で他の医療機関を受診されたことはありますか？

ない

ある 医療機関名 ()

治療内容 ()

お薬 飲んでいない

飲んでいる お薬の名前 () ()

2 現在治療中の病気はありますか？

ない

ある 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 喘息

胃潰瘍 がん 緑内障 脳の病気 その他 ()

3 現在服用しているお薬がありますか？

ない

ある 高血圧のお薬 糖尿病のお薬 頭痛薬 風邪薬

抗アレルギー薬 その他

抗凝固薬 (血液をサラサラにする薬)

4 今までかかったことがある病気はありますか？

ない

ある 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳血管障害

肺疾患 喘息 高脂血症 アレルギー その他

5 今までに手術を受けたことがありましたか？

ない

ある ①手術名() 病名() ()歳頃

②手術名() 病名() ()歳頃

③手術名() 病名() ()歳頃

※裏に続きます

6 あなたと血の繋がりがあある方で、次の病気の方、あるいは亡くなられた方がおられますか？

ない

ある がん (父 母) 肝疾患 (父 母

その他

7 今まで食品や薬などでアレルギーを起こしたこと(じんましんが出たり気分が悪くなったなど)はありますか？

①食品 ない

ある

食品の名称
症状

②薬 ない

ある

薬の名称
症状

③その他 ない

ある (花粉 寒冷 化学繊維)

8 今朝は食事を食べましたか？

食べていない

食べた 時刻 () 時頃 食品名 ()

9 嗜好品について伺います。

アルコール 飲まない

飲む 1日量 (本・合) × (回) / 週

アルコールを飲んだ時、顔が赤くなりますか？ はい いいえ

たばこ 吸わない

吸う 1日 (本位 歳より 年間)

禁煙した (年前から)

10 輸血されたことはありますか？

はい いいえ

11 海外渡航をしたことがありますか？

いいえ

はい 場所 時期

12 健康食品・サプリメント等を飲んでいますか？

いいえ

はい 名称

13 女性の方にお伺いします。

月経 順調 不順 無月経 閉経 () 歳

最終月経 () 月 () 日 ~ () 月 () 日

妊娠の可能性 ない ある 週目 不明

14 何をみて来院されましたか。

ホームページをみて

友人・知人の紹介 看板をみた

家族がかかっていたから

病院様からの紹介 タウンページ

ご記入ありがとうございました。