

氏名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本日は何科の受診をご希望ですか

- 内科 耳鼻咽喉科 外科 皮膚科 泌尿器科

体温 _____ °C
SpO ₂ _____ %

どのような症状でおこまりでしょうか？
いつ頃から、どのような症状があったかを、できるだけ具体的に記入してください。

[_____]

上記の症状に対して、何かの治療を受ける、または市販薬などの服用がありましたか？

[_____]

最近3ヶ月以内で海外旅行歴があったら、どこへ行ったかお教え下さい _____ 年 _____ 月ころ _____ へ行った

この診療所の診療部、内科・耳鼻咽喉科・外科など（健康管理部を除く）にかかるのは

- まったく初めて →以下の質問事項にお答えください
 久しぶり（ _____ 年 _____ 月ころ）→この場合→ 以下の事項で前回受診時と変化のある部分にご記入ください

これまで薬（鎮痛剤、抗生剤、造影剤など）によるアレルギー症状の経験がありますか

- ない ある、次のことで（ _____ ）

これまで薬以外（食べ物、花粉など）によるアレルギー症状の経験がありますか

- ない ある、次のことで（ _____ ）

他の病院で指摘されたこと、受けている治療がありますか

- ない ある、次のことで 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風（高尿酸血症） 緑内障
 その他の病気（ _____ ）

かかっている医療機関名（ _____ ）

処方されている薬は何ですか（ _____ ）

特に抗血小板剤、抗凝固剤（アスピリン、ワーファリンなど血を固まり難くする薬）の服用 ない ある

これまでに、大きな病気、入院・手術の経験がありますか

- ない ある、次のことで（ _____ ）

定期的な健康診断を受けていますか

- いない いる 最後は _____ 年 _____ 月頃

その時注意を受けた事項はありますか ない ある、次のことで（ _____ ）

現在タバコを吸っていますか、またはその経験がありますか

- 吸わない 吸う（1日 _____ 本くらい） かつてあった（ _____ 歳頃まで _____ 本）

お酒を飲みますか、飲む場合は週に何回どれくらいでしょうか

- 飲まない 飲む（1回 _____ を、週に _____ 回くらい）

サプリメントなど常用しているものはありますか

- ない ある 次のもの（ _____ ）

血縁の方で、高血圧、糖尿病などの病気や心臓、肺、脳などの大きな病気の方がいたらお教え下さい

（ _____ ）

男性の方へ 前立腺のことで注意を受けたことがありますか いいえ はい

女性の方へ 妊娠中、もしくは授乳中ですか いいえ はい