

体温 \_\_\_\_\_ °C

## 受診される方へ

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

あなたの診察の参考にしますので下記の質問にお答えください。

(わからないところや、あてはまらないところは記入しなくて結構です。 ID \_\_\_\_\_)

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 才 )			
お名前			身長	※診察前に測定します cm	体重	※当院で測定します kg
ご住所	〒		電話	( )		

○本日はどのような目的で来院されましたか？

1) 症状がある 症状の内容: \_\_\_\_\_

症状はいつからですか？

今日 / 昨日 / 2~3日前 / 1週間前 / 2~3週間前 / 1ヶ月位前

その他:  喉の痛み  コロナワクチン 接種 回目(済・未)  コロナ感染者と接触(有・無)

2) 他院からの紹介 ( )

3) 健康診断の結果、受診が必要と言われた ( )

4) その他 ( )

○現在治療している病気はありますか？ ( いいえ ・ はい )

医療機関名: \_\_\_\_\_

病名: 高血圧症 心臓病 糖尿病 高脂血症 脳卒中 その他 \_\_\_\_\_

○これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ( いいえ ・ はい )

いつ頃、どのような病気になったり、手術を受けたりしましたか？

内容: \_\_\_\_\_

○薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ( いいえ ・ はい )

(ある方) 内容: \_\_\_\_\_

○妊娠の可能性はありますか？(女性のみ)

( していない ・ している ・ 分からない ) (最終月経 月 日 ・ 閉経)

○たばこ(吸わない・以前吸っていた【 歳まで】・吸う【1日/\_\_\_本 喫煙期間\_\_\_年】)

○アルコール(飲まない・ときどき飲む・飲む

【何をどれくらいですか? \_\_\_\_\_】)

※ **紹介状**、**お薬手帳**、**健診結果**などをお持ちであれば、ご提示お願いいたします。

ご協力ありがとうございました