

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