

ふりがな		性別
氏名		(男・女)
生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	年 月 日	歳
住所(〒 -)	電話番号() -	
	緊急連絡先() -	
	職業	
施設をご利用の方のみご記入ください↓	身長	cm・体重 kg
施設名:	(入所中・ショート・デイ・訪問)	

* 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ

はい → 医療機関名()
いつ頃()

* 紹介状はありますか？ はい いいえ

* その医療機関で処方された薬はありますか？

薬の内容 説明書持参 はい いいえ
 わからない
薬品名 ()

* 症状が出たのはいつからですか？ (ころ～)

* 思い当たる症状の の中に ✓ の記入をお願いします。

該当するものがなければ、その他欄に✓を記入し、症状も記入してください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 熱が出た 今の体温 (. °C) | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 寒気がする | <input type="checkbox"/> 吐き気がする |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 吐いた(回くらい) |
| <input type="checkbox"/> 関節痛がある | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がする | <input type="checkbox"/> 下痢をしている |
| <input type="checkbox"/> 喉が痛い | <input type="checkbox"/> 便秘をしている |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 他院での治療を当院で継続希望 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> その他() |

☆2枚目もありますので、引き続きご記入をお願いします。☆

*今までにかかった病気、もしくは現在かかっている病気はありますか？ なし あり

お薬を服用されている方は、薬名が分かるようでしたら記入をお願いします。

お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。

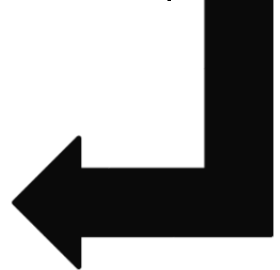
記入例: (アレルギー性鼻炎 (服用している薬名)) など

呼吸器疾患	高血圧	糖尿病	緑内障
()	()	()	()
心疾患	脳血管系	消化器系	その他
()	()	()	()

*血縁のご家族の方で大きな病気にかかったことのある方はみえますか？ なし あり

続柄・詳しい病名が分かるようでしたら()内に
記入をお願いいたします。記入例: (父 大腸がん) など

高血圧	糖尿病	心疾患
()	()	()
脳血管系	呼吸器系	その他
()	()	()



*手術を受けたことがありますか？

なし

あり

→いつ頃()病名()完治・治療中

*市販薬、サプリメントは飲んでいますか？

飲んでいない

飲んでいる

→ 薬品名 ()

*アレルギーはありますか？

なし

あり

→ 何の
アレルギー
ですか？

→

食べ物	()
動物	()
花粉・その他	()

*飲み薬、注射などで合わなかったものはありますか？

なし

あり

(いつ頃 薬品名 症状)

*お酒は飲みますか？

いいえ

はい

→ 種類()量()頻度()

*たばこは吸いますか？

いいえ

以前吸っていたがやめた

はい

→ いつから (歳) 1日の本数 (本)

*女性の方のみお伺いします

①月経について

順調 (周期 日 最終月経 / ~ /)

不順 (最終月経 / ~)

閉経 初潮前 手術で摘出(子宮・卵巣)

②現在、月経中ですか

はい いいえ

③現在、妊娠していますか

いいえ 否定できない

④現在、授乳していますか

はい いいえ

ご記入ありがとうございました。