

内科を受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生				
お名前			身長	cm	体重	kg	体温
ご住所	〒		電話	()			

○本日はどのような目的で受診されましたか？

発熱 のどの痛み 咳 吐き気 下痢 腹痛 食欲低下 頭痛
健康診断 予防接種 紹介状持参
その他_____

○症状はいつからでしょうか？

今日 昨夜 昨日 2～3日前 1週間位前 2週間位前 1ヶ月位前
その他_____

○現在治療している病気はありますか？ (いいえ ・ はい)

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳卒中 その他_____

○これまでに大きな病気をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

病名①_____ (_____年頃)

病名②_____ (_____年頃)

○これまでに手術の経験はありますか？ (いいえ ・ はい)

胃・大腸・胆石・婦人科・その他 () いつ頃 (_____年頃)

○輸血の経験はありますか？ (なし ・ あり)

○妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ) (なし ・ あり ・ 分からない)

○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_____

○たばこ (吸わない ・ 吸う【1日/____本】)

○アルコール (飲まない ・ 飲む【何をどれくらいですか？_____】)

紹介状・お薬手帳・検診結果をお持ちであれば一緒にお出してください。