

診察を受けられる方へ (初診の方用) 受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 住所: \_\_\_\_\_

生年月日: 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 自宅電話番号: \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 携帯電話番号: \_\_\_\_\_

- ◆本日はどのような症状で来院されましたか？  
または、何が一番つらい症状ですか？  
 紹介状あり  胸が痛い  胸が苦しい  
 動悸  脈の乱れ  血圧が高い  発熱  
 のどの痛み  吐き気  咳  痰  
 鼻水  頭痛  食欲不振  腹痛  
 下痢  便秘  発疹  だるさ  
 体重減少  健康診断などの精密検査  
 悪寒  その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ◆それはいつから始まりましたか？  
 今日  昨日  3日前  1週間前  
 1ヶ月以上前  その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ◆今回の症状について他院で治療を受けておられたら記入してください。

病院名: \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬剤名: \_\_\_\_\_

- ◆希望する検査があれば記入してください。  
 採血  採尿  レントゲン  心電図  
 エコー  睡眠時無呼吸  その他

- ◆現在薬を飲んでいますか？  
 飲んでいる  飲んでいない

薬剤名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ◆今までにどのような病気にかかりましたか？  
いつ頃 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ◆アレルギーはありますか？ (薬・食べ物)  
 ある  ない  
( \_\_\_\_\_ )

- ◆粉薬は飲めますか？  
 飲める  飲めない

- ◆ペットを飼っていますか？  
 いる  いない  
( \_\_\_\_\_ )

- ◆たばこは吸いますか？  
 吸っている ⇒ \_\_\_\_\_ 才 ~ 1日 \_\_\_\_\_ 本  
 以前は吸っていたがやめた  
⇒ \_\_\_\_\_ 才 ~ \_\_\_\_\_ 才の間、1日 \_\_\_\_\_ 本  
 吸ったことがない

- ◆お酒は飲みますか？  
 毎日飲む ⇒ 1日の飲酒量 \_\_\_\_\_  
 時々飲む  
 飲まない

- ◆血縁の方に以下の病気の方がおられますか？  
 高血圧  糖尿病  肝臓病  心臓病  
 腎臓病  がん  ぜんそく  突然死  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ◆女性の方のみお答え下さい。  
◎前回の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~  
( 妊娠中  閉経 \_\_\_\_\_ 才  生理中 )

- ◆授乳中ですか？  
 はい  いいえ

- ◆ジェネリック医薬品を希望されますか？  
 はい  いいえ