

フリガナ

名前： 年齢： 歳 性別：男・女

現在の体温： . ℃ 身長 cm 体重 kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	☐ 今日 (時頃)	☐ 昨日 (時頃)				
	☐ それ以前 (月 日 頃、又は か月前 頃)					
どこが	☐ 全身	☐ 頭	☐ のど	☐ 胸	☐ おなか	☐ 背中
	☐ 腰	☐ 足	☐ その他： ()			
どのような症状	☐ 発熱 (最高体温： ℃ 月 日 時頃)					
	☐ 咳	☐ 鼻水	☐ 痛み	☐ 痺れ	☐ 浮腫み	☐ 吐き気
	☐ 下痢	☐ 発疹	☐ その他： ()			

・その症状で他院の診療や治療を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ
病院名： 診断名：

2. 現在、治療中の病気はありますか

☐ いいえ
☐ はい 病名： 投薬： 有り・無し

3. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

☐ いいえ
☐ はい { ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞
☐ がん： 部位 ☐ 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症)
☐ 前立腺肥大 ☐ 高尿酸血症 ☐ 肝臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 消化性潰瘍
☐ 貧血 ☐ 喘息 ☐ 緑内障 ☐ リウマチ ☐ 肺塞栓 ☐ 深部静脈血栓症
☐ その他：
☐ 手術の経験あり 病名 又は部位： いつ頃：

4. 薬や食物等のアレルギーはありますか

☐ いいえ
☐ はい： どんな症状：

5. 生活習慣についてお聞きします

・飲酒：種類 () 量 () 頻度 ()
・喫煙：1日 () 本 () 歳～ () 歳までの () 年間

6. 女性の方にお聞きします

・現在、妊娠中もしくは授乳中ですか ☐ いいえ ☐ 妊娠中または妊娠の可能性 ☐ 授乳中