

カルテ番号

診察の前にご記入をお願いいたします

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____

大正・昭和・平成・令和

住所 〒 _____ 電話番号(_____)- _____ -

携帯 _____ - _____ -

・ 身長(_____ cm) 体重(_____ kg、最近、増えた・減った)

体温 _____ °C

1. 症状について簡単にご記入下さい。

※いつからですか？

本日(_____ 時頃より) 昨日より (_____) 日前より (_____) か月前より

その他(_____)

※どのような症状ですか？

痛み・けが・はれ・しびれ・かゆみ・しっしん・しこり (部位 _____)

吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・発熱・息苦しさ・せき・たん・はなみず・はなづまり・のどの痛み

その他 (_____)

※どのような病気をご心配ですか？

かぜ・肺炎・ぜんそく・胃腸炎・食あたり・膀胱炎・脳卒中・心臓病・がん・リウマチ・

アレルギー・薬の副作用・高血圧・糖尿病・その他(_____)

2. 現在他の病院にかかっている病気や、過去にかかった病気はありますか？ ある ない

高血圧・高脂血症・糖尿病・脳卒中・心臓病・肝臓病・腎臓病・がん・ぜんそく

その他 (_____) 病院名 (_____)

現在使っている薬の種類など、わかる範囲でお書きください。

3. 健康診断で再検査の指示を受けたことがありますか？

はい(_____)

いいえ

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）起こしたことがありますか？

はい いいえ

「はい」の方・・・分ければ薬・食べ物の名前 (_____)

(_____)

6. タバコはどのくらい吸いますか？

1日(_____)本、(_____)年間 吸わない

7. お酒はどのくらい飲みますか？

飲む(_____) 飲まない

※ 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中又は可能性あり(診察時にお申出下さい) 授乳中(診察時にお申出下さい)

8. どのような診察をご希望ですか？(注：ご希望に沿えない場合もございます。)

飲み薬で様子を見たい 点滴や処置を受けたい 検査してほしい 通院先を変えたい

睡眠時無呼吸の検査を受けたい にんにく注射を受けたい(別途申込書ご記入御願います)

医療費明細書の発行を希望されますか？ 要 ・ 不要

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、呼びいたしますのでお待ち下さい。