

ふりがな

氏名

(住所)

(電話番号) 自宅

日中

緊急時[本人以外]

下記のご質問にお答え下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。 1~3日前から 1週間前から 1か月前から その他()前から

どのような症状ですか。

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 熱()℃ |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 胃が痛い | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 痔 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> その他の症状 [] | | | | |

健康診断結果にて再検査・相談 ()

定期健診 ※再検査・定期健診の方は以下の質問にもお答え下さい。

自覚症状なし 自覚症状あり→上の症状にチェックを入れて下さい。

2. この症状で、検査や治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書き下さい。

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

下記の病気にかかったことはない

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他() | |

4. 今までに入院した病気・けががありましたらご記入下さい。

入院したことはない

5. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。

病院名: _____

病名: _____

6. 現在、他院にて服用・使用中の薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

他院のお薬: _____

7. アレルギーについてお答え下さい。アレルギーがあれば(+)、なければ(-)をご記入下さい。

※薬・食品アレルギーが(+)の場合は詳細を、その他アレルギーがある場合はアレルギー内容をご記入下さい。

花粉症() 気管支喘息() その他() → _____

薬() → 薬剤名: _____ 症状: _____

食品() → 食品名: _____ 症状: _____

8. 日常生活についてお答え下さい。

たばこについて 今まで吸ったことがない 吸っていたことがある 現在吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は1)2)もご記入下さい。

1) 1日に()本くらい 2) ()年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週()日 月()日

※「飲まれる方」はご記入下さい。 お酒の種類: _____ 量: _____

9. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

いいえ はい(出産予定日: 月 日) 可能性あり

授乳中ですか

いいえ はい

個室での診察をご希望の方はチェックを入れて下さい。

※肛門科受診の患者様は個室での診察となっております。

当院をお知りになった理由は: 1. 知人・家族からの紹介 2. 看板等を見て 3. ホームページを見て
4. 近いから 5. 以前より知っていた 6. その他()