

～初診時間診表～ (下記の項目について記入、もしくは○で囲んで下さい)

ふりがな				
お名前		男・女	生年月日 月 日生	歳
ご住所	〒			
電話番号	( ) (携帯電話優先でお願いします)			

1) 本日は、どのようなことでおいでになりましたか？

熱がある 喉が痛い 鼻水が出る 痰が絡む 咳(乾いた咳・痰が絡む咳)が出る  
 胸が痛い 息が苦しい 動悸がする  
 腹が痛い 下痢 吐き気 嘔吐  
 その他 ( )  
 それはいつ頃からですか？ ( ) 頃から

2) 現在治療中の病気はありますか？

生活習慣病 (高血圧症・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症・ )  
 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性の心臓病・ )  
 脳卒中 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・ )  
 消化器疾患 (胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝炎・膵炎・胆石・ )  
 呼吸器疾患 (気管支喘息・肺気腫・慢性呼吸不全 )  
 その他の病気 (病名 )

3) 手術をされたことはありますか？

はい (手術名 ) ・ いいえ

4) 現在、服薬中の薬はありますか？

はい (薬品名 ) ・ いいえ

5) 今までに薬を飲んだり注射を受けた後で、気分が悪くなったり身体にじんましんが出たことがありますか？

はい (薬品名 ) ・ いいえ

6) 生活習慣についておたずねします。

a) アルコールは飲みますか？ はい (ビール 本・水割り 杯・日本酒 合・焼酎 杯/日) ・ いいえ  
 b) 煙草を吸いますか？ はい ( 本/日を 年間) ・ いいえ  
 c) 食品 花粉などでアレルギーはありますか？ はい ( 物質 ) ・ いいえ

7) 女性の方に伺います。

a) 妊娠されていますか？ はい ( ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ  
 b) 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ち下さい。

ご気分の悪い方は受付までお申し出下さい。