

はじめて診察を受けられる方へ

フリガナ		受付日	年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
		年齢	歳 ヶ月
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年	月 日生
住所	〒		
	都 ・ 県	区 ・ 市 ・ 郡	町
	丁目	番 号	号室
電話番号	ご自宅 ()	携帯電話	()
お勤め先	会社名	電話番号	()

1. 今回はどのような症状があって、受診されますか？

- | | | |
|-----------------|-------------|------------|
| a. 胸が痛む ・ 胸の圧迫感 | b. 動悸がする | c. 脈が乱れる |
| d. せき ・ たん | e. 悪寒がする | f. 息切れがする |
| g. めまい | h. 頭痛 | i. 胃痛 ・ 腹痛 |
| j. 食欲不振 | k. 吐き気 ・ 嘔吐 | l. 便に血が混じる |
| m. 下痢 ・ 便秘 | n. 皮膚が痒い | o. 関節が痛む |
| p. 熱がある | q. その他[|] |

2. それはいつ頃からですか？

- | | |
|-------------|----------|
| a. 急に悪くなった | 年 月 日頃から |
| b. 徐々に悪くなった | |

3. これまでに大きな病気をしたことがありますか？

- | | | |
|-------|-------|--------|
| a. ない | b. ある | 病名 () |
|-------|-------|--------|

4. 現在、治療を受けている病気がありますか？

- | | | |
|-------|-------|--------|
| a. ない | b. ある | 病名 () |
|-------|-------|--------|

5. 薬剤アレルギーがありますか？

- | | | |
|-------|-------|---------|
| a. ない | b. ある | 薬剤名 () |
|-------|-------|---------|

6. 渡航歴 (1ヶ月以内)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| a. ない | b. ある | 国名 () |
|-------|-------|--------|

7. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中又は妊娠の疑いがありますか？

- | | | |
|-------|-------|---------------|
| a. ない | b. ある | 最終生理 (月 日頃) |
|-------|-------|---------------|

8. これまでに感染症にかかったことはありますか？

- | | | |
|-------|-------|----------------------------------|
| a. ない | b. ある | ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV その他 () |
|-------|-------|----------------------------------|

9. 当院を何でお知りになりましたか？

- | | | | |
|------------|------------|----------------|--------------|
| a. 看板を見て | b. 他院からの紹介 | c. 家族 ・ 知人に聞いて | d. ホームページを見て |
| e. その他 () | | | |