

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？（当てはまる症状に全て○をつけて下さい）

- 風邪症状 症状が出た日 (月 日)
熱 (度) ・ 鼻水 ・ 喉の痛み ・ 頭痛 ・ 咳 ・ 痰
- お腹の症状 症状が出た日 (月 日)
嘔吐 ・ 嘔気 ・ 食欲低下 ・ 痛み ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 便の異常 ()
- 心臓の症状 症状が出た日 (月 日)
血圧が高い ・ 動悸がある ・ 不整脈 ・ 胸に痛みがある ・ 足がむくむ
- 尿の異常 症状が出た日 (月 日)
回数が多い ・ 尿が出ない ・ 残尿感がある ・ 尿が濃い ・ 痛みがある
- 上記以外の症状 症状が出た日 (月 日)
()

2. 最後に食事を摂ったのはいつですか？ (月 日 朝 ・ 昼 ・ 晩)

3. 今までに大きな病気をしたり、現在治療されている病気はありますか？

下記に当てはまる病名の方は○をつけて下さい

高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 甲状腺機能異常症 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病
手術歴 (ある ・ なし)

4. 現在、飲んでいる薬の名前が分かれば記入して下さい。

★お薬手帳をお持ちの方は看護師に渡して下さい。

*血液をサラサラにする薬を飲まれていますか？ (はい ・ いいえ)

5. アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

食品 () 薬品 ()

6. たばこを吸いますか？ (はい ・ いいえ)

7. お酒は飲みますか？ はい (杯 / 日) ・ いいえ ・ 時々

8. 女性の方は次の項目にお答えください

最終月経はいつですか？ (月 日 ~ 月 日)

現在妊娠していますか？ はい (妊娠 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9. 検査データや紹介状があれば受け付けに提出して下さい。 ご協力ありがとうございました。