

氏名 _____

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○をつけて下さい)

痛み ・ 腫れ ・ しびれ ・ その他 ()

※ 症状のある部位に○をつけて下さい。

2. 現在の症状について記入して下さい。

・ どのような症状で来られましたか？

(

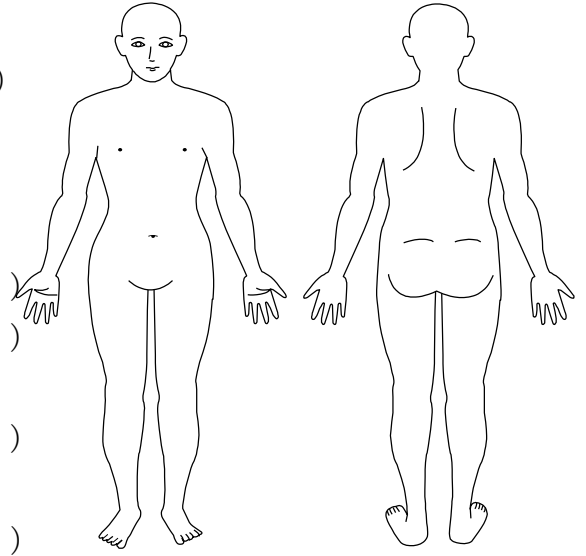
・ いつからですか？ (年 月 日 頃)

・ 何と診断されましたか？

(

・ どのような治療を受けましたか？

(



3. 今までにかかった病気・けがの内容を記入して下さい。(例：高血圧症、脳梗塞、糖尿病など)

年 齢	病 名	現在の状況

4. 現在、飲んでいる薬が①～③にあれば○をつけて下さい。

★ お薬手帳をお持ちの方は看護師に渡して下さい

①サラサラ薬

②骨の薬

③リウマチの薬

5. アレルギーはありますか？(当てはまるものに○をつけて下さい)

・ はい ⇒ 食物 ・ 薬剤 ・ その他 ()

・ いいえ

6. たばこは吸いますか？ (はい ・ いいえ)

7. 乗り物酔いをしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

8. 現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性がある)

9. 妊娠歴はありますか？ (はい ・ いいえ)

10. 今までに輸血をしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。