

氏名 (_____) 男 女 記入日 年 月 日
生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 (_____ 歳) 体温 (_____ ℃)

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① いつから (何日から) ですか。

② どのような症状ですか。

腹痛 (有 ・ 無) 痛い場所は (_____)
下痢 (有 ・ 無) 回数 (1日 _____ 回)
便秘 (有 ・ 無) 回数 (_____ 日に1回)
嘔吐 (有 ・ 無) 回数 (_____ 回)
発熱 (有 ・ 無 ・ 不明) 最高 (_____ ℃)
その他 (_____)
今朝は食事をして来られましたか。 (はい ・ いいえ)

③ 今回の症状で他の医療機関にかかられましたか。 (はい ・ いいえ)
紹介状はお持ちですか。 (はい ・ いいえ)
いつ受診されましたか。 (_____ 月 _____ 日)
病名は何といわれましたか。 (_____)

④ 現在治療中または今までにかかった病気があれば教えてください。

胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 腸疾患 ・ 胆石症 ・ 高血圧 ・ 糖尿病
肝臓疾患 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 ・ 婦人科疾患
その他 (_____)

*お薬手帳をお出しください。

現在お薬を飲んでいますか。 (はい ・ いいえ) お薬名 (_____)
手術を受けられたことがありますか。 (はい ・ いいえ)
_____歳の時、どんな手術ですか。 (_____)

⑤ 嗜好についてお聞きします。

お酒 (飲まない ・ 飲む 1日 _____)
たばこ (吸わない ・ 吸う 1日 _____ 本)

⑥ アレルギーを起こしたことがありますか。

いいえ
はい (食物 ・ 薬品 ・ その他 _____)

⑦ 女性の方のみご回答下さい。

現在、妊娠はされていますか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)
妊娠の可能性はありますか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)
現在授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

⑧ 最近1ヵ月以内に海外に行かれたか。

はい (本人 ・ 家族) どちらに (_____)

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。