

フリガナ		電話	
氏名	男・女	携帯	
生年月日	明大 昭平	年 月 日 (歳)	住所 〒 -

1. 今日は、どうされましたか？あてはまる項目にチェックを入れて下さい。

- 紹介状あり 他院からのもの・検診データ
- 発熱 月 日から 最高 °C 寒気 なし あり
- 咳 月 日から
- はき気・嘔吐 月 日から 1日 回ぐらい 血液混入 なし あり
- 下痢 週前から 1日 回ぐらい 血液混入 なし あり
- 腹痛 月 日から
- 胃痛 月 日から 黒色便 なし あり
- 頭痛 月 日から
- 胸痛 月 日から
- 喘鳴(ぜいぜいする) 月 日から
- めまい 月 日から
- 体重減少 月前から kg減少した
- その他、具体的にお聞かせください

2. 現在、通院中の病院・医院、飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ
- はい (病院名)
(くすりの名前や種類)
- ・おくすり手帳 あり ない

3. 今までに治療したことがある主な病気やケガ・手術はありますか？

- 特になし
- 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳卒中
- その他 ()
- 手術 (歳・部位)

4. 生活習慣についておたずねします

- ・アルコール 飲まない 飲む (1回に を ぐらい 週 日飲む)
- ・たばこ 吸わない 吸う (1日に 本) 禁煙した (年前から)

5. 今までに、くすりや食べ物などでアレルギー症状が出たり、気分が悪くなったことはありますか？

- ない
- ある (具体的に)

6. 薬の形態についておたずねします

- ・粉薬と錠剤ではどちらが良いですか？ 粉薬 錠剤 どちらでもよい

7. 1ヶ月以内に海外に行かれましたか？

- いいえ はい (国名:)

8. 女性の方におたずねします

- ・妊娠していますか？ いいえ はい (ヶ月) 可能性がある
- ・授乳中ですか？ いいえ はい

看護師サイン	身長	cm	体重	kg	体温	°C
--------	----	----	----	----	----	----