

氏名 _____ 様 _____ 歳 _____ 男 _____ 女

- (1) 今携わっている仕事(例:会社にて営業) _____
(2) 今回、受診することになった症状を具体的に記入してください。
(_____)
(いつから、どこが、どのようにかをくわしく)

- (3) その他にも気がつく症状があったら○をつけてください。

だるい 疲れる むくみ イライラする 何か不安 不眠 寝汗 発疹
口が渇く 熱っぽい・発熱 (_____ °C) 咳 痰 (白 ・ 黄色) 息切れ
ぜいぜいヒューヒュー 鼻づまり 鼻汁 のどの痛み 鼻出血
動悸 胸苦しい 胸が締め付けられる胸痛 頭痛 (どこが: _____)
関節痛 (どこが: _____) 筋肉痛 (どこが: _____)
腹痛 (どこが: _____) 吐き気 げっぷ 胸やけ
背痛 腰痛 肩こり 歯肉出血 点状出血 紫斑

- (4) 食欲 (普通 ・ 減った) 普段の便通 (_____ 日 _____ 回 便秘薬使用)
身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg : 減った ・ 変わらない ・ 増えた)
(最高体重: _____ kg 年齢 _____ 歳頃)

- (5) 現在妊娠していますか。(はい ・ いいえ) 最終月経(始まった日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (6) いま通っている病・医院がありますか。(あり ・ なし) 注射 (あり ・ なし)

【 _____ 病院・医院、 _____ 科、病名 _____ 】

【 _____ 病院・医院、 _____ 科、病名 _____ 】

- (7) 他の病・医院からの紹介状はありますか。(はい ・ いいえ)

- (8) 次の病気にかかったことがありますか。その年月日も記入してください。

胃・十二指腸潰瘍 脳卒中 肺結核 腎炎 貧血 痛風
肝炎・黄疸 高血圧 肺炎 腎盂腎炎 糖尿病 リウマチ
胆石・胆のう炎 心臓病 胸膜炎 尿路結石 甲状腺 関節痛
虫垂炎 痔 不整脈 喘息 前立腺肥大 ノイローゼ・うつ病
大けが 眼・耳・鼻・のど・皮膚

★入院: 病院 _____ 病名 _____ 年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★入院: 病院 _____ 病名 _____ 年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

健康診断を受けたことがありますか。住民検診 ・ 会社検診 ・ 医院 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

調べた内容: 血圧 ・ 尿 ・ 胸部レントゲン ・ 胃レントゲン ・ 心電図 ・ 血液検査
(異常あり ・ 異常なし)

- (9) 薬のアレルギー (あり ・ なし) (例:ペニシリンでショック、風邪薬で発疹)

- (10) 喫煙状況 _____ ・ 吸う _____ ・ 紙巻きタバコ (種類 _____) (1日 _____ 本× _____ 年)
・ 加熱式タバコなど (種類 _____) (1日 _____ / _____ 年)
・ 電子タバコの使用 (・ あり ・ なし)

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入をお願いします。

・ 吸わない ・ やめた (_____ 年前 ・ _____ ヶ月前 ・ _____ 日前 から禁煙)

受動喫煙: 同居者で喫煙している人はいますか ・ いる (喫煙者の続柄: _____) ・ いない

アルコール: ほぼ毎日 ・ 時々 (月に _____ 日) ・ 飲まない ・ やめた

【酒 _____ 合、ビール _____ 本、ウイスキー _____ 杯】

- (10) 血縁に次のような病気の方はありますか。ご関係も記入してください。

緑内障 脳卒中 高血圧 心臓病 喘息 がん (_____) 肝臓病
腎臓病 糖尿病 リウマチ 痛風 貧血 甲状腺の病気 (_____)
その他 (_____)

- (11) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。(はい ・ いいえ)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。