

## 診察を受けられる方へ

差し支えない範囲で、ありのままをお書きください。該当項目にご記入と☑をお願いします

記入日 西暦 年 月 日

|      |                     |                 |    |    |    |     |
|------|---------------------|-----------------|----|----|----|-----|
| ふりがな |                     | 男<br>女          | 住所 | 〒  | —  | 都・県 |
| 氏名   |                     |                 |    |    |    |     |
| 生年月日 | (大正・昭和・平成 年 月 日生 歳) |                 |    |    |    |     |
| 熱    | 度                   | (小学生以下対象)<br>体重 | kg | 電話 | 自宅 |     |
|      |                     |                 |    |    | 携帯 |     |

① 症状はいつからありますか？

本日 昨日 \_\_\_\_日前 \_\_週間前 \_\_ヶ月前 \_\_\_\_数年前 不明  
発熱の症状がある方 ⇒ 熱は何日前からですか？ ( \_\_\_\_\_ 日前から)

② 今回の症状で市販薬を服用しましたか？

はい (薬剤名: \_\_\_\_\_) いいえ

③ 今回の症状で当院の前に通院していた病院はありますか？

はい (病院名: \_\_\_\_\_) いいえ

④ 全身



来院前の最高体温は？ ( \_\_\_\_\_ 度)

身体がだるい 関節が痛い 熱がある 手足が冷たい のぼせる 手足がむくむ  
手足がしびれる 蕁麻疹 (じんましん) が出る  
痛む [ 頭・首 のど 目 胸 おなか全体 みぞおち 下腹  
わき腹 (右 左) 背中 腰 腕 (右 左 両腕) 手 (右 左 両手)  
足 (右 左 両足) ]

◎どの程度？ [ にぶい シクシク ズキズキ ビリビリ チクチク ]

◎いつ痛む？ [ 時々・波がある 食前 食後 夜中 決まっていない ]

⑤ 呼吸器系 周囲にインフルエンザに罹った方がいる場合チェックしてください

鼻がつまる 鼻水が出る 痰 (たん) が絡む 咳が出る 息苦しい ゼーゼーする

⑥ 循環器系

動悸 息切れ 胸痛 血圧が高い 立ちくらみ 不整脈 失神

⑦ 神経系

めまい [ 揺れる感じ ぐるぐる回る感じ 気が遠のく感じ ] 耳鳴  
認知症が心配 手足のふるえ 手足の動きが悪い 脱力 [ 右手 左手 右足 左足 ]

⑧ 消化器系

吐き気 嘔吐 食欲がない 胸やけがする おなかが張る ゲップが出る  
胃がむかむかする 心窩部痛 下痢 便秘

⑨ 腎臓・泌尿器系

頻尿 [ 日中 夜間 ( \_\_\_\_\_ 回) ] 尿に膿が混じる 血尿 尿漏れ 排尿困難 排尿痛

⑩ その他の症状 ( 整形、眼科、耳鼻科、婦人科疾患等 )

健康診断で受診をすすめられた 健康診断目的 診断書目的 [ 一般 銃器 ]  
訪問診療の相談 予防接種 [ インフルエンザ 肺炎球菌 その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]

半年以上受診されていない場合は、裏面もご記入お願いいたします。

⑪ 今まで以下の病気にかかられましたか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 花粉症  
肝臓病 胆石症 胃潰瘍 逆流性食道炎 けいれん・てんかん  
慢性腎臓病 腎結石 心不全 不整脈 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 脳出血  
がん ( )  
その他 ( ) なし

⑫ 入院したり、手術を受けたり、通院している病気がありますか？

- はい ( 歳頃/病名： /通院中・治った) いいえ

⑬ 現在までに食べ物や薬剤で何らかの異常(発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど)が起こったことはありますか？ \*アレルギー・副作用の有無について

- はい (食物名/薬剤名： ) いいえ  
(症状/ )

⑭ 現在までに以下の処置でショックや発疹になったことがありますか？

- 注射 局所麻酔 採血 点滴 その他 ( ) なし

⑮ 女性の方へ

- 現在妊娠していますか？ はい (週数： ) いいえ 可能性がある  
授乳中ですか？ はい いいえ

⑯ 生活習慣についてお伺いします

- 喫煙 吸う ( 本/日 年間) たまに吸う 全く吸わない 以前吸っていた  
飲酒 飲む ( 毎日 週に 回) たまに飲む 全く飲まない

⑰ 65歳以上の方へ 肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことはありますか

- はい ( 年 月頃) ・ いいえ ・ わからない  
以下、自由にお書きください。

[ ]

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

・当院を知ったきっかけは？(複数回答可)

- 知人友人の紹介 当院のホームページ 病院紹介サイト 他医療機関の紹介  
家族から聞いて 自宅・職場・学校から近いから 看板  
その他 ( )

両面のご記入をお願いします。内容を再度ご確認の上、受付にお持ちください。

ご協力ありがとうございました。

