

日付: _____

内科初診時間診表

労災(仕事中のケガ)、交通事故、第三者行為によるケガの診察は行っておりませんので、ご了承ください。

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 男 ・ 女 _____ 体重 _____ Kg
(12歳までの方)

紹介状をお持ちの方は診察前に提出してください。

1. 本日の主な症状を○で囲んで下さい。

頭が痛い のどが痛い おなかが痛い 胃が痛い 熱がある 吐き気 吐いた 下痢 便秘
鼻水が出る 食欲がない 血圧が高い だるい 咳が出る その他(_____)

■○で囲んである症状はいつ頃から始まりましたか (_____) 頃から

■○で囲んである症状で他の病院等で診察を受けましたか (受けた ・ 受けていない)

病院名(_____) 受診年月日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

診断名(_____) 治療(_____)

2. 現在、病気やけがで治療中ですか？

いいえ ・ はい ➡ 病名(_____) 薬品名(_____)

3. 次のような病気にかかったことがありますか。あるものに○をしてください。

心臓病 緑内障 前立腺肥大 高血圧 糖尿病 甲状腺機能亢進症 慢性腎不全
気管支喘息 感染症(B型・C型肝炎 HIV 梅毒 結核等) その他(_____)

■○で囲んである病気にかかったのはいつ頃ですか？ (_____) 頃

4. 今までに食品や薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい ➡ 食品/薬品名(_____)

5. 血縁のある身内に以下の病気の方がいますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 ガン リウマチ じん臓病 肝臓病 その他
(_____)

6. 嗜好品についておたずねします。

■お酒 [飲まない ・ 飲む(種類: _____)を(_____)杯位、週(_____)回]

■たばこ [吸わない ・ 吸う 一日(_____)本位、喫煙歴(_____)年]

7. 本日の診察にご希望があれば記入してください。

(_____)

8. 女性の方へおたずねします。

■最 終 月 経 : _____ 月 _____ 日頃より(_____)日間

■現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい (_____ ケ月) ・ 不明

■現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

おつかれさまでした。記入が終わりましたら受付に提出してください。お呼びするまでしばらくお待ち下さい。