

名前 _____ 様(男・女)大・昭・平・令 年 月 日生(_____ 才)
身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ ℃ P _____ BP _____ SPO2 _____

1. 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？記入及び○を付けて下さい。

*紹介状 () あり () なし

*いつ頃から ()

*どのような症状

熱がある・寒気・頭痛・のどが痛い・鼻水・鼻づまり・咳・痰・息苦しい

腹痛(右・左・中央)・はき気・おう吐・胸やけ・胃もたれ・胃痛・下痢・便秘・血便

お腹がはる・胸が痛い・動悸・息切れ・めまい・ふらつき・むくみ(部位 _____)

体がだるい・口がかわく・しびれ・寝汗・冷汗・血尿・頻尿

その他 ()

*健診の再検査(項目 _____)

2. 1ヶ月以内に海外に行かれたか？ いいえ:はい 帰国日 _____ 月 _____ 日 国名(_____)

3. 今回の症状で他院での診察は受けられましたか？

() いいえ

() はい(病院名 _____) 治療内容(_____)

4. かかりつけ医はありますか？

() いいえ () はい 渕野辺総合病院 ・その他(_____)

****女性の方にお尋ねします。現在妊娠中もしくは授乳中、妊娠の可能性はありますか？****

() いいえ () わからない () はい () 授乳中

最終月経日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 閉経年齢 _____ 才

5. 薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

() いいえ

() はい(薬剤名 _____) (食品名 _____)

6. 今までに病気やケガで通院又は入院したことや、手術を受けられたことがありますか？

*入院(_____ 才病名 _____) (_____ 才病名 _____)

*手術(_____ 才病名 _____) (_____ 才病名 _____)

*通院(_____ 才病名 _____) (_____ 才病名 _____)

*内服している薬剤名(_____)

7. タバコはお吸いになりますか？

() いいえ

() はい(1日 _____ 本 喫煙開始 _____ 才より)

() 以前は吸っていたが、今は止めている _____ 年前又 _____ ヶ月前まで
1日 _____ 本 総喫煙年数 _____ 年

8. お酒はお飲みになりますか？

() 飲まない () 時々飲む () 毎日飲む

酒の種類・量 (日本酒 _____ 合) (ビール 350ml × _____ 本) その他(_____)

9. 体内に金属又はペースメーカーが入っていますか？

() なし () あり(_____)