

# 内科受診の方へ

ID

年 月 日

住所	〒		TEL:	
			携帯:	
			本人・その他(続柄: )	
フリガナ			生年月日: S・H・R 年 月 日	
氏名			性別(男・女) 年齢( 歳)	
体温	°C	身長	cm	体重
				kg
薬による副作用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
※当てはまる項目にチェックを入れてください				
<input type="checkbox"/> 紹介状あり				
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	最高	°C	悪寒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 待ち合い場所(職員記入)	<input type="checkbox"/> 熱発待ち合い	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> 一般待ち合い	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回くらい	血液混入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		生ものを食べた	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 咳	月 日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている		
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月 日から			
<input type="checkbox"/> 体重減少	月 日から	( )kg減少した		
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から	1日 回くらい	血液混入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日から	へそ周囲・下腹部	背部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 胃痛	月 日から	黒色便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日から	しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 胸痛	月 日から			
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)	月 日から			
<input type="checkbox"/> 息苦しい	月 日から			
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	月 日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に海外に行かれましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		( )	
■ 今、一番診察してほしい箇所、症状は何ですか? ( )				
■ 上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )				
■ 内服中の薬はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(当院・他院) お薬手帳持参 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
■ 今までに大きな病気をされたことはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
■ 今までに手術をされたことはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
■ タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 1日平均( 本)	<input type="checkbox"/> 吸わない	禁煙した ( )	年前から
■ お酒	<input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( ) ( )回/週	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 禁酒した ( )	年前から
■ 女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある				

確認者: