

今日はどうなさいましたか。○をお願いします

- ( ) 定期受診 定期処方希望
- ( ) 前回受診の続き(少し良い・ 変わらず・ 悪い) } 以下記載不要
- ( ) 健康診断で指摘あり
- ( ) 紹介状持参あり
- ( ) 新規で症状があればお書きください

いつから( ) ところが ( )

どのような症状ですか・お伝えしたいことがある方はこちらに記入をお願いします

[ ]

現在治療を受けている、または過去に治療した疾患があればお選びください。

糖尿病 高血圧 喘息 肝臓病 心臓病 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 白内障  
緑内障 前立腺肥大症 結核 その他 ( ) 特になし

今までに手術を受けたことがありますか。

手術名 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月頃  
 手術名 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月頃

当院以外で、現在かかりつけの医院・病院があればご記入ください。

医院・病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

現在、飲んでいるお薬がありますか。 ……ない ・ ある (お薬手帳があれば拝見します)

薬名 \_\_\_\_\_

アレルギーなどがありますか。 ……ない ・ ある ・ わからない

食物 \_\_\_\_\_ 薬(注射) \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

ある方はどのような症状がありますか( )

本日はお食事をされましたか。 ……いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 時頃)

タバコは吸いますか。 ……いいえ ・ はい (1日 本× 年間)

過去に吸っていた(1日 本× 年間 )

お酒は飲みますか。 ……いいえ ・ はい (一日 \_\_\_\_\_ )

( ) 回/( ) 週間・月

(女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか。 ……ない ・ ある ・ 妊娠している( \_\_\_\_\_ ヶ月)

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。

以下は看護師が記載

体温 \_\_\_\_\_ ℃ 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg 脈 \_\_\_\_\_ /分 SPO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %