

# 内科外来を受診される方へ

下の枠内にご記入いただき、受付にご提出ください。



				記入日	令和	年	月	日
(フリガナ) 氏名					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
					年齢	歳		
身長	cm	体重	kg	職業				

<b>どんな症状ですか</b> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 痛い ( <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 他_____ ) <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 変に汗をかく <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> むくむ (場所 _____) <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
<b>いつからですか</b> <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( _____ ) から <input type="checkbox"/> 分からない				
<b>手術を受けたことはありますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 病名 : _____ いつ頃 : _____ )				
<b>入院をしたことはありますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 入院時期 : <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それ以上前 入院した病医院 : <input type="checkbox"/> 近石病院 <input type="checkbox"/> 近石病院以外 入院目的 : ( _____ )				
<b>近親者に次の病気の方はいらっしゃいますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳卒中 )				
<b>現在、内服中の薬はありますか (睡眠薬を含む)</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )				
<b>今までに大きな病気や治療中の病気はありますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 病名 : _____ <input type="checkbox"/> 肺炎 )				
<b>生活習慣について</b> 睡眠 ( <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ) 食欲 ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )				
<b>アレルギーはありますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )				
<b>たばこは吸いますか</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ 本/日 )				
<b>アルコールは飲みますか (カッコ内は量)</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )				
女性の方へ	妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	授乳していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他気になることや、治療へのご要望、ご質問があればご記入ください				