

内科 外来を受診される方へ

受診日： 年 月 日

氏名 _____ (年齢 才) 体温 (_____ ℃)
身長 _____ cm 体重 _____ kg

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありますか

のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

なし あり 薬品名 _____

症状 _____

食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツ など)

なし あり 食品名と症状 _____

その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品 など)

なし あり 物質名と症状 _____

*適切な治療を受けていただくため、下記の事項についてお答え下さい。

1 具合の悪いところを詳しくお書きください。

1) いつから、どこが、どんな症状で、どのような時におこりますか？

2) その症状に思い当たる事がありますか？

3) 本日お食事はされましたか？ (はい いいえ)

4) 今回具合が悪くなって、どこかで診察を受けましたか？ (はい いいえ)

2 今までに下記の病気と診断されたことや、現在治療を受けておられる病気があれば○で囲んで下さい。

1) 心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 貧血 リウマチ 結核
喘息 腎臓病 消化器疾患(肝臓・胆嚢・すい臓・胃・十二指腸・大腸・盲腸)
その他(_____)

2) 現在、薬を服用されていますか？ (はい いいえ)

本日お薬手帳持参されていますか？ (はい いいえ)

薬の名前(_____)

⇒裏面に続きます

3 手術を受けられた事がありますか？ (はい いいえ)
病名・術式・時期 ()

4 普段の生活状況について、おたずねします。

- 1) 睡眠： 良い 普通 不眠 (睡眠薬を常用 時々飲む 飲んでない)
- 2) 便通： 日 回(普通 黒色 白色 便に血が混じる)
- 3) 食欲： ある 普通 不振(いつからですか？)
- 4) タバコ： 吸う (本/日 喫煙歴 年) ・ やめた(喫煙歴 年) ・ 吸わない
- 5) お酒： 飲む (毎日・週 日・時々/ 種類や量 /日 飲酒歴 年)
飲まない・やめた (飲酒歴 年)

5 父母・兄弟・祖父母・おじ・おば・で下記の病気にかかれた方がおられますか？

心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 喘息 肝臓病
癌<部位: > その他< >

6 ご婦人の方へ

現在、妊娠の可能性はありますか？ (ある ・ わからない ・ ない)

7 医師や看護師に、望まれる事がありますか？

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・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お願いいたします。

ありがとうございました。