

初診時間診表 (ID=) 記入日： / /

フリガナ _____ 性別：男/女 年齢： _____ 歳

氏名： _____ 様 生年月日： / /

住所：(〒 -) _____

電話： () _____ 携帯： () _____

血圧 ____ / ____ 脈拍 ____ /分(不整：+/-) 体温 ____ °C O₂Sat= ____ %

- ① 今日はどうなさいましたか？
いつ頃から()どのような症状()
- ② 今回の症状で治療を受けましたか？
()受けていない()受けたどちらで()
- ③ 内服薬などの治療で気分が悪くなったり発しんが出たことはありますか？
()ない()ある…その薬の名前は()
どんな病気の時に内服しましたか?()
- ④ いつも飲んでいる薬はありますか？
()ない()ある…その薬の名前は()
- ⑤ これまでに、どんな病気にかかって治療を受けましたか？
()高血圧 ()高脂血症 ()糖尿病 ()脳卒中 ()心不全 ()肝臓病
()腎臓病 ()胃腸の病気 ()気管支喘息 ()肺結核 ()緑内障 ()がん
()その他()
- ⑥ 入院したことはありますか？
()ない()ある病名と何歳ころですか?()
- ⑦ 手術を受けたことはありますか？
()ない()あるどのような手術ですか?()
- ⑧ 輸血を受けたことはありますか？
()ない。()ある。
- ⑨ タバコは吸っていますか?()いいえ()はい _____ 本× _____ 年
- ⑩ お酒は飲みますか?()いいえ()はい _____ を _____ 合/mL/週()日
- ⑪ 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか?()いいえ()はい