

氏名		生年月日	(明・大・昭・平・令)	年齢	歳
			年 月 日		
性別	男性・女性	身長	cm	体重	kg

① 紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

本日、受診される診療科を○印で囲んで下さい。

内科	外科	整形外科	脳神経外科	眼科	泌尿器科	皮膚科	脳神経内科
----	----	------	-------	----	------	-----	-------

② いつから・どこに・どのような症状があるか、具体的にご記入ください。

--	--

③ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 【 年 月 日から にかかっている。】

④ 今までにかかった病気や治療中の病気があればにチェックし、いつ頃かを ( ) にご記入下さい。

- 高血圧症( 頃)  糖尿病( 頃)  心臓病( 頃)  
 脳卒中 ( 頃)  結核 ( 頃)  癌 ( 頃)  
 その他 (病名: / 頃)

現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい お薬手帳持参 ( 有 ・ 無 )

- 血圧の薬  糖尿病の薬  血をかたまりにくくする薬  
 その他 ( )

⑤ 今までに手術の経験はありますか？ いいえ はい 【 輸血 ( 有 ・ 無 ) 】

⑥ 今までに入院の経験はありますか？  
いいえ はい (病名: / いつ頃: )

⑦ 家族の方で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？  
脳疾患 心臓病 癌 その他 ( )

⑧ 最近ワクチンを受けましたか？ いいえ はい 【 インフルエンザ 肺炎球菌 新型コロナ 】

⑨ アレルギーはありますか？ いいえ はい 【薬品名( ) 食べ物 金属 ゴム製品】

⑩ たばこは吸われますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

⑪ お酒は飲まれますか？ 飲まない 飲む 【ほぼ毎日 毎日】 過去に飲んでいた  
 【種類 ・ 1日 杯】

⑫ 6ヶ月以内に海外へ渡航されましたか？ いいえ はい (渡航先国名: )

⑬ 女性の方へ ・ 妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい  
 ・ 現在、授乳中ですか？ いいえ はい  
 ・ 女性ホルモン製剤(低用量ピル等)の服用はされていますか？ いいえ はい

※記入された情報は診療以外には使用致しません。