

内科・外科 初診時間診票

記入日 年 月 日

氏名 様 (男・女)

生年月日 M/T/S/H 年 月 日 年齢 歳

体温 (°C) 身長 (cm) 体重 (kg)

1. 本日来院された主な症状・理由は何ですか？

① いつごろから？ ()

② どのような症状がありますか？ ※5日以内の発熱、感冒症状のある方は発熱外来にて承ります

(胃痛・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐・下血・痔・頭痛・めまい・怪我・その他)

()

2. 今回の症状で治療を受けましたか？

① 受けていない

② 受けた →どちらで？ ()

どのような治療を受けましたか？ ()

3. 内服薬や点滴・注射などの薬で気分が悪くなったり発疹が出たことはありますか？

① ない ② ある →お薬の名前をお書きください。()

※わからない場合は何の病気の時に使ったか等、わかる範囲でお書きください。

()

4. いつも飲んでいる薬はありますか？

① ない

② ある →お薬の名前をお書きください。

()

5. これまでにどのような病気にかかったことがありますか？該当するものに○をしてください。

高血圧・高脂血症・糖尿病・脳卒中・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃、大腸の病気・気管支喘息

肺結核・緑内障・前立腺肥大・悪性疾患(がん)・その他 ()

6. 入院したことがありますか？

① ない ② ある →どのような病気ですか？ ()

何歳ごろですか？ (歳ごろ)

7. 手術をうけたことがありますか？

① ない ②ある →どのような手術ですか？ ()

8. タバコは吸いますか？

① いいえ ② はい →1日 (本) を (年間)

9. 検査のご希望はありますか？

(CT 検査・上部内視鏡検査【胃カメラ】・下部内視鏡検査【大腸カメラ】)

10. 女性のみお答えください 現在妊娠の可能性はありますか？ ① ない ② ある

11. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

近隣、知人の紹介・他院からの紹介・通りがかり・医院を見て知っていた(看板など)

ホームページ・インターネット・チラシ・電柱広告・もともと知っていた

その他 ()