

氏名

年齢

歳 (男・女)

自宅・入所施設

()

職業

体温

℃

脈拍

回/分

血圧 (

/

mmHg)

SPO2

%

***記入漏れがないようにご記入ください。**

***自動血圧計で血圧を測り、用紙を窓口へお出しください。**

症状がある部分に

図に印をつけてください

< 外科系診療科目 >

外科 ・ 形成外科 ・ 皮膚科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科

1. 本日はどのような症状ですか。○印をつけてください。

打撲 ・ 捻挫 ・ 傷 ・ できもの ・ 痛み

しびれ ・ 発疹 ・ めまい

分かる範囲で構いませんので「原因・経緯」を下記にご記入下さい。

[]

2. いつ頃からですか。(月 日)

3. ほかの病院にかかりましたか。(はい ・ いいえ)

「はい」の場合：病院名をご記入ください。()

4. 今日から2週間以内に発熱・かぜ症状等ありましたか？ (あり ・ なし)

ある方はいつごろからですか (年 月 日 AM・PM 時ごろから

(発熱 _____℃ ・ 咳 ・ 息苦しさ ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 味覚・匂いを感じない

症状に○をつけてください。

5. 今まで病気にかかったことはありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の場合：当てはまる病名があれば、○をつけてください。

糖尿病 : 高血圧 : 高脂血症 : 心臓病

脳血管障害 : 喘息 : 胃・十二指腸潰瘍

その他の病気：()

6. 今までに手術をされたことはありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の場合右記にご記入ください。()

7. アレルギーはありますか。(はい ・ いいえ ・ わからない)

□食べ物 : _____ □薬剤 : _____

□ゴム製品 : _____ □金属 : _____

8. 煙草を吸われますか？ お酒は飲まれますか？

煙草 吸う(1日 本 年間)・吸わない

酒 飲む(1日あたりビール・日本酒・焼酎・ワイン _____ ml 程度)・飲まない

9. 現在、服用している薬 (ピル、サプリメント等を含む) はありますか。(はい ・ いいえ)

※「はい」の方は、診察時にお薬手帳のご提示、またはお申し出ください。

10. 女性の方へ。最終月経 (/) ~ (/)

・現在、生理中ですか。(はい ・ いいえ)

・現在、妊娠中ですか。(はい ・ いいえ) ・現在、授乳中ですか。(はい ・ いいえ)



