

診察・発熱・健診・胃カメラ・大腸カメラ

フリガナ 氏名		生年月日:	大正・昭和・平成・令和 年令 才	年	月	日
住所	〒					
電話番号		体温:	血圧:			
最後に食事をした時間は何時ですか?				月	日	時

■本日はどうなさいましたか?

- 発熱 風邪症状がある (喉の痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻つまり)
- 痛みがある (頭 ・ 背中 ・ お腹 ・ 腕 ・ 足 ・ その他→)
- はき気 嘔吐 胃の症状 (痛み・もたれ)
- 腹痛 下痢 (軟便・泥状便・水様便) 便秘 (日間便がでていない・便が硬い)
- 血便 血圧が高い
- 健康診断を希望→指定された書類 (あり ・ なし)
- 健康診断で指摘された (指摘された項目:)
- 紹介された→紹介状 (あり ・ なし)
- 検査をしてほしい: 血液・レントゲン・胃カメラ・大腸カメラ・その他 (
- その他 (

■気になる症状はいつ頃からありますか?

月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜中) から

■現在、治療中の病気はありますか?

なし あり

高血圧・脂質異常・糖尿病・心臓の病気・甲状腺の病気・前立腺肥大・肺結核・喘息・白内障・緑内障
その他:

■現在、飲んでいるお薬はありますか?

なし あり

本日、お薬手帳をお持ちでない方は飲んでいる薬の名前をご記入ください

■過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか?

なし あり

- ① 才: 病名 ② 才: 病名
③ 才: 病名 ④ 才: 病名

■お薬や食べ物でアレルギーはありますか?

なし あり

■喫煙・飲酒についてお伺いします

喫煙 吸わない 吸う (本/日) 禁煙した

飲酒 飲まない 飲む (週 日 ml 程度)

■女性の方にお伺いします

妊娠中 (妊娠 か月) 妊娠していない 妊娠の可能性ある 授乳中 閉経している
(閉経前の方) 前回の生理はいつでしたか? (月 日 日間)