

記入日	年	月	日	男・女	歳	身長 cm	体重 Kg・g
ふりがな				ご職業			
お名前	様						
生年月日	年	月	日				
スタッフ記載欄	血圧	mmHg	脈拍	回/分	体温	℃	O ₂ SAT %

▼いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？
()年()月()日頃～

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

- なし
- がん ()歳 喘息 ()歳 高血圧 ()歳
糖尿病 ()歳 心臓病 ()歳 肝臓病 ()歳
腎臓病 ()歳 脳卒中 ()歳 結核 ()歳
その他(病名:) ()歳
手術 (病名/手術名:) ()歳

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

- なし
- がん (続柄:) 喘息 (続柄:) 高血圧 (続柄:)
糖尿病 (続柄:) 心臓病 (続柄:)
腎臓病 (続柄:) 脳卒中 (続柄:)
その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名:) 造影剤 麻酔薬
その他()

③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒ 薬品名()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

① お酒は飲みますか？

飲まない 時々飲む ⇒ ()を()杯/合/mL 週()日
毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/mL

② タバコは吸いますか？

吸わない 吸う ⇒ 1日に()本 ()歳～
今は吸わない ⇒ ()～()歳まで 1日に()本()年間

お名前 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 年 月 日

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 わからない

▼アレルギーについてお聞きします。

① 食物でアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

なし

花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ()

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？

いいえ はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？

いいえ はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

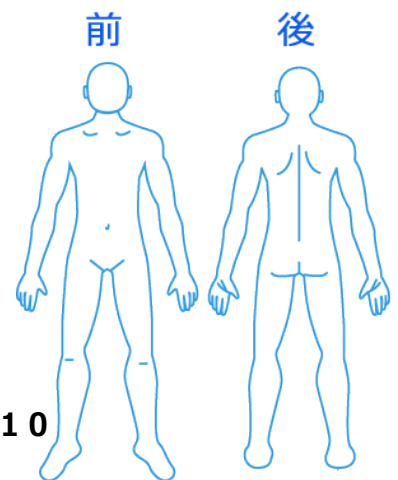
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

食事量の変化なし

食事量がおよそ2/3に減った

食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

体重の減少に変化なし

1 kg～3 kgの体重の減少あり

3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

ふらついた つまずいた 足がもつれた

その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつですか() ～ ()

② どこへいきましたか ()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

はい

いいえ

わからない

授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人

家族：お名前 ()

(続柄：)

その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

はい

悪い結果なら知りたくない

その他

▼この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

いいえ

はい→受診時期 () 月頃

／

指導事項

なし

あり