

看護師記入時間	(	:	)
体温	℃	血圧	/ mmHg
脈拍	回/分		
呼吸数	回/分	Spo2	%
紹介状持参	無 ・ 有	(	)
かかりつけ医	無 ・ 有	(	)
持参資料	無 ・ 有	(	)
付き添い	無 ・ 有	(	)

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ (_____) 歳

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

相談できる人・場所はどこですか？ _____

【女性のみ】妊娠:していない ・ 可能性あり ・ している (_____) 週 ・ 授乳中 _____

聖隷三方原病院 形成外科