

# 内科外来受診の方へ

年 月 日

フリガナ  
氏名

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)

性別 男・女 身長 cm 体重 kg 血圧 ( / ) 体温 °C

住所 〒 ( - )

電話番号 ご自宅 携帯

紹介状 あり なし 持参フィルム・CD あり なし ※お持ちの方は受付へお渡しください。

■本日はどのような症状ですか。 風邪症状 〈 発熱 咳・喉の痛み 鼻水 頭痛 〉  
具体的にご記入ください。

腹部症状 〈 腹痛 下痢 便秘 〉

( )

■いつ頃からですか。 ( 月 日 )頃

■今回の症状で他の病院などで治療を受けていますか。

いいえ はい 病院名: \_\_\_\_\_

■今までにかかった病気や手術、治療中の病気があれば、ご記入ください。

( )

■薬のアレルギーはありますか。 なし あり ( )

■食べ物のアレルギーはありますか。 なし あり ( )

その他: \_\_\_\_\_

■現在、飲んでいる薬はありますか。

なし あり 薬品名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_

※お薬手帳をお持ちの方は、診察室にてお見せください。

■家系的に脳卒中、心臓病、糖尿病、結核、腎臓病、血液疾患、リウマチ、膠原病、高血圧、癌

その他、特別に多いと思われる病名はありますか。 なし あり ( )

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた ( 一日 本 年間 )

お酒 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

■女性の方へ

現在妊娠中(可能性も含む)、授乳中ですか。 いいえ はい

■ご来院のきっかけをお選びください。

家・会社・学校が近所 知人・家族の紹介 他医からの紹介  
専門医だから インターネット その他( )

ご協力ありがとうございました。記入が終わりましたら受付にお持ちください。