

氏名 _____ 様 身長 _____ cm 体重 _____ kg

体温 _____ °C

1. 今回はどのような症状がありますか？（をつけてください）

- 胸痛 動悸 息切れ いびきがひどい 昼間眠気がひどい
 血圧が高い 健康診断で再検査・要治療になった（項目）
 風邪症状（咳・鼻水など） その他の症状の方は下に記入してください

[_____]

2. 今まで病気にかかった事がありますか？（入院したり、現在通院中の病気など）

- はい いいえ

“はい”と答えられた方は病名と飲んでいる薬を教えてください。

[例：高血圧でアダラートを飲んでいる
 前立腺肥大で通院中
 緑内障を治療中など]

3. ご家族で病気にかかっている方や病気だった方はいますか？

- はい いいえ

[例：父が糖尿病、母が血圧が高いなど]

4. お薬や食べ物などアレルギーはありますか？

- ない ある（食べ物： _____ 薬： _____）

5. お酒は飲みますか？

- はい いいえ どれくらい飲みますか？（ _____ 杯 / 日）

6. タバコは吸いますか？

- はい いいえ どれくらい吸いますか？（ _____ 本 / 日）

7. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠していますか？ はい いいえ わからない

現在、授乳中ですか？ はい いいえ

8. 当院をどのようにして知りましたか？

- 知人や他院からの紹介 インターネット（ホームページなど） 看板

その他 [_____]