

診察を受ける方の

ふりがな

お名前 (男・女) 生年月日 年 月 日 才

連絡先①

②

この用紙を記入している方が、ご本人以外の場合、その方の

ふりがな

お名前 (男・女) 続柄 () 連絡先 .

☆ 来院された理由、症状、診察に対するご要望(検査をしてほしいなど)を簡単にお書き下さい。

☆ 該当する方に○や、()に記入をして下さい。

薬や食べ物でアレルギーがありますか…いいえ・はい→具体的に

☆ 普段の状態についてお聞かせ下さい。

食事…1日 () 回、間食 () 回

睡眠…1日 () 時間くらい (すっきり目覚める・そうとは言えない)

便秘…()日に ()回くらい (すっきりする・残っている感じがある)

排尿…1日 () 回くらい。そのうち寝ている間は () 回くらいある

飲酒 (昔からない・やめた・現在あり) …()才～()才、【月・週】に()回
お酒の種類と1回の飲む量は…喫煙 (昔からない・やめた・現在あり) …()才～()才、1日 () 本
運動…

職業…

サプリメントなども含めて、普段から積極的に摂取されている物があれば教えて下さい。

☆ 現病歴・既往歴・手術歴

現在、通院されている病気や、過去に治療を受けた病気があれば、いつ頃かも含めて教えて下さい

お薬手帳や血液検査などの結果(直近のもので大丈夫です)がある方はご持参下さい。

書ききれない場合は、裏面や独自の用紙をお使い下さい。ご協力ありがとうございました。

☆こちらは当院で記入します。

体温 °C 血圧 / 脈拍 回(整・不整) SpO2:

身長 cm 体重 kg

確認看護師 年 月 日 .

