

診察する上で大切な事項をおたずねします。わかる範囲で記入してください。

フリガナ 氏名		男・女 ()才		記入日 ID		
職業	身長	体重	体温	血圧	脈拍	SPO2
	cm	kg	°C	/	回	%
●いつごろから、どのような症状がありますか？ (必ずご記入ください) (脈拍・SPO2は看護師記入)						
渡航歴なし・あり(場所 : 期間 ~)						
現在治療中の 病気	なし・あり ※かかりつけの病院があればご記入ください 病名:					
今までに かかった病気	なし・あり 病名:					
現在内服中の 薬・サプリメント	なし・あり (市販薬・漢方薬も含めてご記入ください) ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。 薬の名前:					
家族歴	ご家族の方(両親・兄弟姉妹の方)がかかった病気についてご記入ください。 ご存命でない方も含めご記入をお願いいたします。(記入例: 父 心筋梗塞 母 乳がん)					
アレルギー	薬のアレルギー : なし・あり (薬の名前: 症状:) 食品のアレルギー : なし・あり (食品の名前: 症状:) その他のアレルギー : なし・あり (種類: 症状:)					
嗜好	酒 : 飲まない・飲む 週に()日)くらい 種類() 量() タバコ : 吸わない 吸っている()才から現在まで) ()本/日 吸っていた事がある()才から)才) その時吸っていた本数()本/日)					
女性の方に お聞きます	妊娠の可能性: なし・あり()週) 授乳中: なし・あり()才児) 乳腺科・婦人科の受診を希望される方は以下もすべてご記入ください。 妊娠()回) 出産 ()回) 帝王切開 ()回) 流産()回) 人工中絶()回) 性交の経験: なし・あり 最終月経()年)月)日から)月)日) 初経()才) 閉経()才) 月経不順: なし・あり 月経周期()日) 出血量(多・普通・少) 月経痛: なし・あり()日目) 鎮痛剤の使用: なし・あり(薬の名前:) ホルモン剤使用歴: なし・あり()歳頃・薬の名前:) 子宮がん検診: 受けたことない・受けたことある(最終検診日:)年)月) 乳がん検診 : 受けたことない・受けたことある(最終検診日:)年)月) その他()					