

診察を受けられる方へ

本日はどうされましたか？ 以下の質問にお答え下さい。

平成____年____月____日 御氏名 _____ TEL: _____

① どのような具合ですか？ 該当するものに ○ をつけてください

発熱 頭痛 のどの痛み 咳 痰 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐
食欲不振 下痢 便秘 胸が痛い 胸が苦しい 呼吸が苦しい
その他 症状や診察して欲しい事項があれば、ご記入ください。

② 今までにかかった事のある病気はありますか？（手術、ケガを含む）

③ 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ある

④ 今までに、あわない薬はありましたか？

ない ある（市販薬 病院で処方された薬）

⑤ 食べ物のアレルギーはありますか？

ない ある〔卵 牛乳 肉 そば 魚 その他（ _____ ）〕

⑥ タバコは吸いますか？

吸わない 吸う（何歳から _____歳、 一日何本ですか？ _____本）

⑦ お酒は飲みますか？

飲まない 飲む → 種類： _____ 量： _____

⑧ 女性の方へ 現在、妊娠していますか？ わからない いいえ

はい（妊娠 _____ヶ月）

授乳していますか？ はい いいえ

⑨ 友愛病院を受診された理由に○をつけてください。

以前に受診した事がある 近くに住んでいる・勤めている 家族・知人の紹介
ホームページを見て 電柱の看板を見て 他の病院・薬局の紹介 バスのアナウンス
その他（ _____ ）

⑩ ご自宅に特定健診のご案内や、季節の挨拶状などをお送りしてもよろしいですか？

はい いいえ

ありがとうございました。診察までお待ち下さい。