

採尿 ☐可 ☐不可

ふりがな 氏名	男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月	日（	歳）	☐ 高校生 ☐ 一般
〒 ー アパート名もご記入ください 住所					電話番号 自宅 携帯		

- ① 本日はどのような目的で来院されましたか？
- 1、 病気の診察の為 ⇒ ②より順にお答えください。
- 2、 健診の為
- 3、 予防接種の為 } ③より順にお答えください。
- 4、 その他（ ） }
- ② どのような症状がありますか？
○をつけてください。
熱・頭痛・せき・鼻水・たん・のどが痛い・息苦しい・腹痛・下痢・吐き気・吐く
むかつき・食欲がない・胃が痛い・気分が悪い・体がだるい・胸が痛い・胸が苦しい
便が黒い・便に血が混じる・めまい・ふらつき・かゆみがある・発疹ができている
その他（ ）)
- いつからですか？（ ）
- ③ 治療中の病気はありますか？
いいえ
はい 病名（ ） 病院名（ ）
- 飲んでいる薬はありますか？
いいえ
はい 薬の名前（ ）
- ④ 過去に病気で入院や通院をしたり、手術を受けたことがありますか？
いいえ
はい 病名（ ） いつ（ ）年 月頃）
- ⑤ これまでに薬や食べ物でアレルギーや副作用が出たことがありますか？
いいえ
はい 何で（ ）症状（ ）
- ⑥ 嗜好品について
- ・タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う （1日 本位） 喫煙歴 ある ない
- ・お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む （1日 を 位）
- ⑦ 女性のみ
- ・現在妊娠中ですか？ いいえ はい わからない
- ・現在授乳中ですか？ いいえ はい
- ⑧ 当院では診療をスムーズに行うため、中待合室にて看護師より症状をお伺いしております。
周りの方に聞かれたくないと希望される場合は✓を記入してください。 □

個人情報に関する取扱い

取得した個人情報は診療及び管理に必要な範囲でのみ利用し、研究目的などでは利用しません。
詳しくは院内掲示のポスターをご覧ください。

以下看護師記入欄

KT	°C	体重	kg	SPO2	%	P	回/分
----	----	----	----	------	---	---	-----