

体温 _____ °C

受診される方へ



西多賀やまだ内科・糖尿病クリニック
Nishitaga Yamada Internal and Diabetes Clinic

あなたの診察の参考にしますので下記の質問にお答えください。

ID _____

ふりがな			男・女	大・昭・平・令			年	月	日生
お名前				身長	cm	体重	kg		
ご住所	〒			電話	()				

○本日はどのような目的で受診されましたか？

頭痛 めまい 発熱 喉の痛み 咳 痰 息苦しい 胸痛 動悸
 腹痛 嘔吐 吐き気 下痢 便秘 食欲低下
 紹介状持参 健康診断の2次検査 予防接種 健康診断
 その他症状 _____

○症状はいつからですか？

今日 昨夜 昨日 2～3日前 1週間位前 2～3週間位前 1ヶ月位前
 その他 _____

○現在通院している病院はありますか？ (いいえ ・ はい)

病院名 _____
 病名 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 高脂血症 脳卒中 喘息
 その他 _____

○これまでに手術や大きな病気をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

病名① _____ (_____ 年頃)
 病名② _____ (_____ 年頃)
 病名③ _____ (_____ 年頃)

○薬や注射で具合が悪くなったり、発疹がでたりしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

内容 _____

○現在、服用している薬はありますか。 (いいえ ・ はい)

名前のわかる薬はお書き下さい。
 薬を持参された方は、あるいは、薬の手帳をお持ちのかたは受付にお出しください。

お薬の名前 (_____)

○妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) (いいえ ・ はい ・ わからない ・ 授乳中)

○たばこ (吸わない ・ 吸う【1日 / _____本】)

○アルコール (飲まない ・ 飲む【何をどれくらいですか？】 _____)

当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

家族や知人の紹介 ・ 当院ホームページ ・ 看板

近所(家・職場) ・ その他(_____)

紹介状・お薬手帳・検診結果をお持ちであれば一緒にお出しください。