

ID	
----	--

ふりがな	
氏名	

性別	男・女
年齢	歳

クリニック記入欄

【 検診結果持参( ) ・ 紹介状持参 ・ ドック再検 ・ ケツ再検 】

① 酸素飽和度	%
② 脈 拍	
③ 体 温	℃
④ 血 圧	/
⑤ J C S	

⑥ 特記事項
担当看護師：

診察の参考にしますので、以下の質問にお答えください。

①いつから、どこがどのように具合が悪く来院されましたか？

---



---



---



---



---

②最後に飲食したのはいつですか？（診療当日に記入してください。）

月 日 時頃

③今まで病気にかかったことはありますか？

年 齢	病 名 ・ 病 院 名	受けた治療 (手術・注射・薬処方など)	治療の状況 (通院中・終了)	薬の有無

④現在飲んでいる薬はありますか？

ない  ある( 手帳を持っている ・ 手帳を忘れた )

⑤最近、海外旅行に行かれましたか？（直近1年以内）

行ってない  行った ( 年 月 (頃) 、行先 )

⑥家族で病気の方はいらっしゃいますか？

続柄	年 齢	状 態
父	( )歳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気(病名 ) <input type="checkbox"/> 死亡(病名 )
母	( )歳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気(病名 ) <input type="checkbox"/> 死亡(病名 )
配偶者	( )歳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気(病名 ) <input type="checkbox"/> 死亡(病名 )

⑦睡眠時間はどれくらいですか？

( 時間)

⑧食欲はありますか？

はい  いいえ

裏面の記入もお願い致します。

⑨お酒は飲みますか？

- 全く飲まない
- 以前は飲んでいたがやめた ( \_\_\_\_\_ ) 歳まで飲んでいた
- 付き合い程度に飲む
- 習慣的に飲む 週に ( \_\_\_\_\_ ) 日くらい

主に飲まれるお酒の種類はなんですか？ ⇒	ビール ・ ワイン ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ その他( _____ )
1回にどれくらいの量を飲みますか？ ⇒	

⑩タバコはお吸いになりますか？

- 吸わない
- 以前吸っていた 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本を ( \_\_\_\_\_ ) 年間
- 現在吸っている 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本を ( \_\_\_\_\_ ) 年間

⑪大便是どれくらいですか？

- (1日 \_\_\_\_\_ 回、または \_\_\_\_\_ 日に1回)
- 下痢
- 便秘

⑫いままで薬や注射、食べ物で具合が悪くなったこと(アレルギー)はありますか？

- ない
- ある⇒
  - ピリ系、  ヨド系、  ペニシリン系、  その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - 症状は \_\_\_\_\_
  - 食べ物 種類： \_\_\_\_\_
  - 症状： \_\_\_\_\_

⑬(女性の方へ) 現在、妊娠の可能性はありますか？

- はい
- いいえ
- わからない

最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※閉経時 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

※代筆された場合⇒代筆者氏名 _____	患者様とのご関係 _____
----------------------	----------------

身長	_____	cm
----	-------	----

体重	_____	kg
----	-------	----

- 院内で計測し職員が記入
- 自己申告記入

以上で質問を終わります。御協力ありがとうございました。