はじめて診察を受けられる方へ

あなたの身体のことについて、次の質問にお答えください。

ふりがな			生　年　月　日
氏名		年齢　　歳 性別　　男・女	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
住所			TEL (　　)　　—

1．今回はどのような症状があって、受診されますか？

a.胸が痛む・胸の圧迫感　b.動悸　c.脈が乱れる　d.せき・たん

e.痰に血が混じる　f.息切れがする　g.めまい　h.頭痛

i.腹痛　j.食欲不振　k.嘔吐　i.下痢　m.便秘

n.便に血が混じる　o.体重が減った　p.熱がある

q.その他【　　】

2．それはいつ頃からですか？

【　　】

3．当院付属の施設で受診されたことはありますか？

□第二洪誠病院　□洪誠クリニック　□鹿浜クリニック

4．これまでに大きな病気をしたことがありますか？

a.ない　b.ある　病名（　　）

5．現在、治療を受けている病気がありますか？

a.ない　b.ある　病名（　　）

6．薬剤アレルギーがありますか？

a.ない　b.ある　薬品名（　　）

7．渡航歴（海外旅行など）はありますか？（最近のもので構いません）

a.ない　b.ある

8．（問７）のある方にお聞きします。現地滞在中または帰国後に体調変化はありましたか？

a.ない　b.ある

症状（　　）

9．女性の方にお聞きします。現在妊娠中または妊娠の疑いがありますか？

a.ない　b.ある　最終生理（　　月　　日頃）