

外来を受診される患者様へ

お名前 _____ 様 男・女 _____ 歳

1. 症状について

いつから 年 月 日 頃
どのような症状ですか？

[]

この症状で、どちらかの医療機関で診察を受けましたか？

いいえ はい→医療機関名 ()
病 名 ()

2. 体に合わない薬はありますか？

いいえ はい→薬の名前 ()

※はいと答えた方のみ

どのような症状がありましたか ()

※看護師記入

転記

3. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい→病 名 ()

4. 過去3ヶ月以内の渡航歴について

渡航歴 なし あり→(国名 :)

5. 今までにかかったことのある病気や怪我(外傷)について

肺結核 なし ある (才)

高血圧 なし ある (才)

手術(盲腸・骨折など) なし ある (才)

その他 病名 _____ (才)

病名 _____ (才)

病名 _____ (才)

6. タバコ 吸わない 吸う→1日平均()本

アルコール 飲まない 飲む

7. (女性の方のみ)

・妊娠中(週目) ・妊娠している可能性がある

・授乳中(生後 ヶ月) ・妊娠していない

※医師記入

取り込み