



年 月 日

## 内科外来受診の方へ

(※ご記入後、問診窓口へご提出下さい)

フリ ガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

□男/□女 年齢 歳 身長 cm / 体重 kg / 本日の体温 °C

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

□いいえ □はい \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_にかかっている。

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 喘息 ( )	<input type="checkbox"/> 肺炎 ( )	<input type="checkbox"/> 結核 ( )
<input type="checkbox"/> 高血圧 ( )	<input type="checkbox"/> 肝臓病 ( )	<input type="checkbox"/> 腎臓病 ( )
<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( )	<input type="checkbox"/> 脳卒中 ( )	<input type="checkbox"/> がん ( )
<input type="checkbox"/> 心臓病 ( )	<input type="checkbox"/> その他 (病名: )	

■今までに手術の経験はありますか？

 □なし □あり 病名: \_\_\_\_\_  
 いつ頃: \_\_\_\_\_

■輸血を受けたことがありますか？ □いいえ □はい

■薬のアレルギーはありますか？ □なし・□あり( )

 食べ物のアレルギーはありますか？ □なし・□あり( )  
 その他: \_\_\_\_\_

■現在、飲んでる薬はありますか？

□なし □あり(薬品名: \_\_\_\_\_)

 ■たばこ □吸わない □吸う □過去に吸っていた  
 (1日 \_\_\_\_\_本、約 \_\_\_\_\_年間)

 アルコール □飲まない □飲む □過去に飲んでいた  
 (種類: \_\_\_\_\_、1回 \_\_\_\_\_杯、□毎日 □時々 □月に2~3回)

■女性の方へ

 妊娠している可能性は？ □ない □ある  
 最終月経は？ ( \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日) □閉経してる

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ □なし □あり

コロナワクチン接種・未接種		
1回目	月	日
2回目	月	日
ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ		