

予診票

ふりがな

氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: 昭平 年 月 日 ( 歳)

住所: \_\_\_\_\_ 携帯電話 (または自宅): \_\_\_\_\_

ご職業: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

○いつ頃からどのような症状ですか? KT BP HR SPO2

体調不良の方はこちらもご記入下さい。 ・周囲で体調不良の方がいる  いる ( )  いない  
 ・今回の症状で他院の受診  あり ( )  なし  
 ・市販薬の服用  あり (商品名: )  なし

○現在、治療中や経過観察中の病気、内服中のお薬がありますか?  はい  いいえ

病名: \_\_\_\_\_ 薬品名: \_\_\_\_\_

○今までに入院、手術などをしたことがありますか?  はい  いいえ

病名: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_

○健康診断を受けていますか?  毎年受けている  \_\_\_\_\_ 年前  受けていない

前回の健康診断の結果 /  異常なし  所見あり (項目: \_\_\_\_\_)

○ぜんそくまたは咳ぜんそくといわれたことがありますか?  はい ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  いいえ

○消化器疾患にかかったことがありますか?

はい (  胃腸炎  胃潰瘍  十二指腸潰瘍  その他 )  いいえ

○緑内障 (眼圧が高い) といわれたことがありますか?  はい  いいえ

○治療していない虫歯や歯周病がありますか?  はい  いいえ

○心療内科 (メンタルクリニック) にかかったことはありますか?  はい  いいえ

○アレルギーがありますか?  はい (  花粉症  鼻炎  食品  牛乳 )  いいえ

○これまでに体に合わなかった薬はありますか?  はい (薬名: \_\_\_\_\_)  いいえ

○ビタミン剤やサプリメント、漢方を飲んでいませんか?  はい (品名: \_\_\_\_\_)  いいえ

○薬の形状で飲みにくいものはありますか?  はい (  粉薬  水薬  カプセル )  いいえ

○嗜好品について

※タバコ・加熱式タバコ  吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)  吸わない  やめた ( \_\_\_\_\_ 年前)  
 →まわりの環境 (家庭や職場) で、タバコを吸う人がいますか?  はい  いいえ

※お酒  毎日  時々 ( \_\_\_\_\_ 回/週/月)  ほとんど飲まない (飲めない)  やめた ( \_\_\_\_\_ 年前)  
 飲酒日の1日あたりの飲酒量:  1合未満  1~2合未満  2~3合未満  3合以上  
 (日本酒1合 (180ml) の目安: ビール 500ml、焼酎 (25度) 110ml、ウイスキーダブル1杯 (60ml)、ワイン2杯 (240ml))

●男性の方へ 前立腺肥大症 (尿が出にくい) といわれたことがありますか?  はい  いいえ

★女性の方へ 現在生理中ですか?  はい  いいえ

妊娠の可能性はありますか?  はい  いいえ

授乳中ですか?  はい  いいえ

過去に妊娠・出産の経験はありますか?  はい  いいえ

閉経をむかえましたか?  はい  いいえ