

初診時間診票

外来診察手順 別紙①-1

年 月 日

フリガナ	緊急連絡先：(自宅・携帯)		
氏名：			
身長： cm・体重： kg	同居家族	あり	なし

1. 本日どのような症状があつて受診されましたか？
2. その症状(状態)はいつ頃から始まりましたか？
3. 現在他の医療機関へ通院はされていますか？
 - いいえ
 - はい (医療機関 _____)
 - 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎・その他)
 - 胃・十二指腸潰瘍 結核 喘息 間質性肺炎 その他 (_____)
4. 現在処方されているお薬はありますか？
 - いいえ
 - はい (薬剤名と飲み方： _____)
5. これまでに大きな病気(入院や手術を要する病気等)にかかったことはありますか？
 - いいえ
 - はい (病名： _____ 時期： _____)
 - (医療機関： _____ 治療内容： _____)
6. これまでに薬(飲み薬、注射)や食品でアレルギー症状が出たことはありますか？
 - いいえ
 - はい (薬・食品名： _____)
 - (症状： _____)
7. 朝のこわばりはありますか？ いいえ はい
8. (女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

症状のある箇所に○印を付けて下さい。

