

ID: _____ 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所	〒		
TEL		体温	℃

女性の方へ 妊娠： 妊娠中 授乳中 妊娠の可能性あり 経口避妊薬内服中

コロナウイルス	- / +	インフルエンザ	- / +
抗原検査	インフルエンザ・コロナウイルスの抗原検査を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※医師の判断により診察時に検査をさせていただくことがあります。		

本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものに ○ をつけてください。

症状

- ・ 痛い く ・ 頭 ・ のど ・ 胸 ・ おなか ・ 背中 ・ その他()
- ・ 発熱 ・ 鼻水/鼻づまり ・ せき ・ たん ・ 吐き気 ・ 悪寒 ・ 味覚/嗅覚障害
- ・ 胸やけ ・ 動悸/息切れ ・ 胃が重たい/もたれる ・ 尿/便に血が混じる
- ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 食欲低下 ・ むくみ ・ めまい/ふらつき ・ 不眠
- ・ 血圧が気になる ・ その他()

いつから () 日前、() ヶ月前、() 年前、その他()

薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬の処方が出た場合、当院1階のハートフル薬局を利用されますか？
※薬手帳、紹介状、画像データをお持ちの方は、受付にご提出をお願いします。				はい いいえ

内服 痛み止め 解熱剤 胃薬 血液さらさらになる薬 高血圧薬 糖尿病薬 睡眠薬

既往歴

特になし ぜんそく 胃かいよう 糖尿病 痛風
 高血圧 心臓病 肝硬変 ペースメーカー
 脳梗塞 脳出血 肝硬変 緑内障 悪性腫瘍 その他()

感染症 肝炎ウイルス (HBV HCV) HIV 梅毒 何ものなし

手術歴 無 有 ()

薬のアレルギー 無 有 (ピリン キシロカイン ペニシリン ヨード その他())

最終の食事 月日(本日・昨日・ 月 日) 時間(:)

飲酒・たばこ 飲まない 飲む(毎日・数回/週・時々)
 種類 (ビール・焼酎、日本酒・チューハイ・他 ())
 吸わない 以前吸っていた 吸う (本/日、 年間)

当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？

知人の紹介・家族の紹介・近所・ホームページ・Google マップ・その他()

検査結果はスタッフが記入します