



ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 歳)
住所	〒()		
電話番号		勤務先/学校	
携帯電話		職種	

身長 [] cm / 体重 [] kg

カルテ作成のため、以下の事柄についてお尋ねします。

■薬や食物のアレルギーはありますか？

 ない わかる範囲でご記入ください 例) 小麦、花粉、薬剤名 ある → ()

■現在、治療中の病気やけがはありますか？

 ない わかる範囲でご記入ください ある → (病院名： 診断名：
治療内容：
処方内容：)

■過去に、入院・手術をするような病気やけがをしましたか？

 ない わかる範囲で該当箇所をご記入ください ある → (傷病名：
病院名：
□入院 入院時期(期間)：
□手術 内容：)

■血縁者で下記の病気にかかった方はいますか？

 高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 がん()
 肝臓病 腎臓病 潰瘍 その他()

■介護保険を利用したことがありますか？

 ない 訪問介護 訪問看護 デイサービス ショートステイ ある → (配食 住宅改修 福祉用具購入
 その他：)■タバコを吸いますか？ いいえ はい (1日 本 × 年)■お酒を飲みますか？ いいえ はい (一日当たりの酒量：)

■(女性の方のみ)現在、妊娠の可能性はありますか？ (ない ・ ある ・ 不明)

■(女性の方のみ)現在、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

■その他に何か御希望があればお書き添えください。(例：血液検査・X線検査・健康診断など)

()

本日の症状について以下の事柄をお尋ねします

■今日はどのような症状でお困りですか？

体温 [] °C

 発熱 頭痛 鼻水 せき たん のどの痛み 腹痛 下痢 便秘 胸痛 胃痛 吐気 嘔吐 食欲不振 排尿痛 湿疹 節々の痛み (右・左)肩の痛み 腰痛 (右・左)膝の痛み ケガ (どこを・何をしていた怪我されましたか？) (右・左)乳腺の(痛み・しこり・()) その他 ()

■それはいつ頃からですか？ ()

■本日の症状に対して何かお薬を飲みましたか？ はい(お薬名：) ・ いいえ

※ 具合の悪い方はスタッフに御相談ください。診察の順序が変わることがありますので御了承ください。

※ 当院では個人情報患者さんへの医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。

なお、患者さんに安心して医療を受けていただくために、個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。