

 はじめて来院された方へ

【下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。】 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 ( ) 歳
ご住所	〒		
電話番号	( )	携帯電話	( )
緊急連絡先	( )	続柄	( )

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- 熱がある                       お腹が痛い                       咳が出る                       胸が痛い  
 動悸がする                       息が苦しい                       無呼吸やいびき  
 その他 ( )

2. それはいつ頃からですか？

日から                                      日前ごろから

3. 現在治療されている病気、定期的に医師の診察・投薬を受けている病気はありますか？

- ない                       ある ( )

4. 現在服用されているお薬はありますか？

- ない                       ある ( )

5. 薬・食物等のアレルギーはありますか？

- ない                       ある ( )

6. 今まで大きな病気、入院治療を要した病気、手術をされたことはありますか？

- ない                       ある ( )

7. アルコールは飲みますか？

- 飲む( 毎日 ・ 週 日 )                       ほとんど飲まない                       まったく飲めない

8. 喫煙していますか？

- いいえ                       はい ( ) 本/1日 ( ) 年間  
 禁煙後 年前に中止、それまで( ) 本/1日 ( ) 年間

9. 【女性の方にお尋ねします】 現在妊娠中ですか？

- いいえ                       はい                       分からない                       授乳中である

10. 当院を何で知りましたか？

- 医療関係者からの紹介 ( )                       知人からの紹介 ( )  
 インターネット                       広告 ( )                       その他 ( )

11. 保険情報を正確に把握するため、保険証のコピーをとらせていただいてもよろしいですか？

- はい                       いいえ

看護師記入欄	BP : _____	P : _____	SaO2 : _____ %	KT : _____ °C
	体重 : _____ kg	身長 : _____ cm	腹囲 _____ cm	