

● 本日の症状についてご記入ください

<内科にかかれる方>

いつからですか？ () から)

あてはまる症状に○を付けてください。

<p>全身症状</p> <p>体が痛い しびれ むくみ やせた だるい 肥満 関節の痛み(肩・背中・腰・ひざ)</p>	<p>かぜ症状</p> <p>発熱(°C) せき 寒気 のど痛み 鼻水が出る 鼻づまり くしゃみ 関節の痛み 頭痛 たんがからむ</p>
<p>頭、耳の症状</p> <p>物忘れ 眠れない めまい 頭痛 耳鳴り 妄想 うつ 不安</p>	<p>腹部症状</p> <p>腹痛(上・真ん中・下・右・左) 食欲がない はき気 嘔吐 下痢 便秘 胸やけ 胃痛 おなかが張る 便に血がまじる 体重減少 尿が出にくい</p>
<p>胸部症状</p> <p>胸痛 息切れ 動悸 胸が苦しい のどのつまり 咳</p>	<p>その他</p> <p>健診の再検査() 健康診断 禁煙外来</p>

検査希望があれば○を付けてください。

胃の検査 大腸の検査 肺の検査 血液検査 インフルエンザ検査
その他

<皮膚科にかかれる方>

<本日の症状について>

今回はどのような症状でご来院になりましたか？

かゆみ アトピー じんましん 痛み いぼ
にきび 発赤 水虫 やけど 脱毛 虫さされ
その他 ()

症状が出ているところを右の図で示してください。

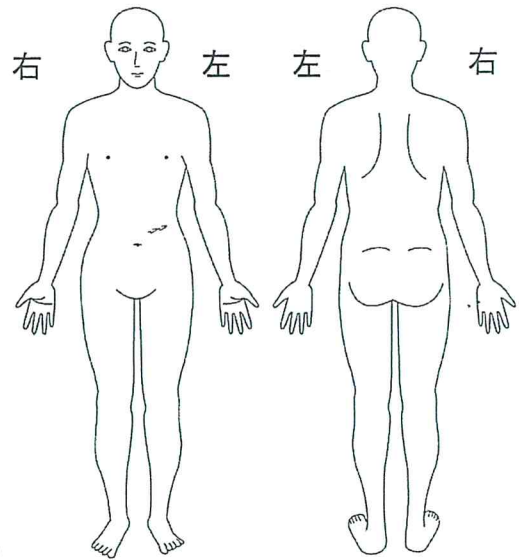
(○を付けてください)

その症状はいつ頃からですか？ _____ から

また、その症状に関して治療を受けたことがありますか？

(はい 年 月頃 ・ いいえ)

薬の名前が分かればご記入ください ()



<女性の方のみ>

現在妊娠中 () ヶ月) 可能性あり 可能性なし

***お薬手帳、健康診断の結果、ほかの病院の検査結果などお持ちであれば
一緒にお出してください。**

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
住所				
自宅電話番号()	-	／	携帯電話番号()	-
緊急連絡先 ()	-	【氏名:		続柄:]
住所	* 住所が分かればご記入ください			

●本日はどの病気で来られましたか？

内科 皮膚科

(1)今までに以下のような病気にかかったことがありますか？

高血圧 ・ 脳の病気 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 胃／十二指腸潰瘍 ・ 肝臓病
腎臓病 ・ アレルギー疾患 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎
甲状腺の病気 ・ 精神疾患 ・ 前立腺肥大症 ・ がん()
じんましん ・ その他()

(2)あなたの両親、兄弟、お子様で以下の病気にかかった方はいますか？

先天異常 ・ 脳の病気 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 胃／十二指腸潰瘍
肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ アレルギー疾患 ・ 喘息 ・ がん()

(3)今までに手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある()

(4)今までに飲み薬、注射、点滴などであわないものがありますか？

ない ・ ある()

(5)お酒、ビール、ウイスキーなど飲まれますか？

飲まない ・ 飲む (週に 日 ・ 1回に 本、合)

(6)たばこは吸っていますか？

ずっと吸っていない ・ 以前は吸っていた(年前まで、1日 本)
現在も吸っている(1日 本 年間ぐらい)

(7)現在ほかの病院にかかられていますか？

かかってない ・ かかっている (病名 病院名)

* かかっている方のみ薬の名前を教えてください