

ID:

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日		性別	
お名前		大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	男・女	
ご住所	〒	電話番号			
		職業			
<p>●ご来院の理由をわかる範囲でお書きください。 いつから： どこが： どのように： 原因は(わかる範囲)：</p> <p>●以下に当てはまるものがある場合は○を付けてください。 仕事/通勤中のけが ・ 学校でのけが ・ 交通事故</p>		体温	°C	体重	kg
		身長	cm		
		クリニック記載欄(ご記入しないでください)			
		血圧	/	再検	/
		脈拍		酸素飽和濃度	%
		院内トリアージ			
		軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/>			

現在治療中の病気と、今までの大きな病気やけがをお書きください。

いつ頃	疾患(病名・骨折など)	現在治療中ですか?
		(はい ・ いいえ)
		(はい ・ いいえ)

●現在飲まれているお薬はありますか?

(はい ・ いいえ ・ お薬手帳提出(受付へ))
⇒「はい」とお答えの方 … どんなお薬ですか?該当するものに○をつけてください。

(血圧 ・ 糖尿 ・ 心臓 ・ 高脂血症)
(気管支拡張剤(喘息) ・ 抗凝固剤(血液をサラサラにする薬))

その他(上記以外) ()

●現在飲まれているサプリメントはありますか?あればお書きください。

(サプリメント名(効能):)

●今までにアレルギーだといわれたことがありますか? (はい ・ いいえ)

⇒「はい」とお答えの方 … 該当するものに○をし、わかる範囲でお答えください。

花粉症 () 食品 () 薬品 ()

その他 ()

●最後に血液検査をされたのはいつですか?

(一か月以内 ・ 1か月以上前 ・ 3か月以上前 ・ 6か月以上前 ・ 1年以上前)

●女性の方にお伺いします 現在妊娠中ですか? (はい ・ いいえ)

現在授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

●当クリニックをどこで知りましたか? (知人 ・ 看板 ・ 広告 ・ インターネット)

●要介護認定を受けていますか? (はい ・ いいえ)