

診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報取得のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

フリガナ
お名前 _____

性別 男・女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ 電話番号 _____

●どのような症状でお困りでしょうか。マルで囲んでください。

咳 ・ 痰 ・ 息切れ ・ 胸痛 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 ・ 発熱 (_____ 度)

倦怠感 ・ 関節痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔気 ・ その他 _____

●症状はいつからですか? _____

●症状の経過 (症状が2週間以上持続している方はお書きください)

※咳が辛い方は以下の質問にマルで囲んでお答えください。

- 1.小児喘息はありましたか? はい いいえ
- 2.喘息と言われた事がありますか? はい いいえ
- 3.ご家族で喘息の方はいますか? はい いいえ
- 4.咳は昼間よりも夜に多いですか? はい いいえ どちらともいえない
- 5.夜、咳で眠れないほどですか? はい いいえ
- 6.過去にかぜで咳が長引く事がありましたか? はい いいえ
- 7.今回あるいは過去に胸がゼイゼイしたことがありますか? はい いいえ
- 8.食事中や食後、あるいは仰向けになると咳が出やすい はい いいえ

●治療中の病気、手術歴、大きなケガ等

- ・ _____ 歳 (_____)
- ・ _____ 歳 (_____)
- ・ _____ 歳 (_____)
- ・ 前立腺の病気 ある ない
- ・ 緑内障 ある ない

●身長 _____ c m

●妊娠中・授乳中の方はチェックしてください

妊娠中 授乳中

●アレルギー (薬・食べ物)

・ある ・ない

●薬による副作用

・ある (_____) ・ない

●いま飲んでいる薬はございますか

●喫煙歴

・ある ・ない

・ ある (現在も喫煙中・以前まで喫煙していた) 1日 (_____) 本× (_____) 年

・ まったくない

I D _____

----- 以下はご記入不要です -----

XP 呼気 スパイロ F スケール 心電図