

ふりがな		生年月日・年齢
患者氏名		明・大 昭・平 年 月 日()歳

*紹介状・レントゲン等の画像・お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい。

1. どうされましたか？

[]

・右図の症状があるところに○をつけてください →

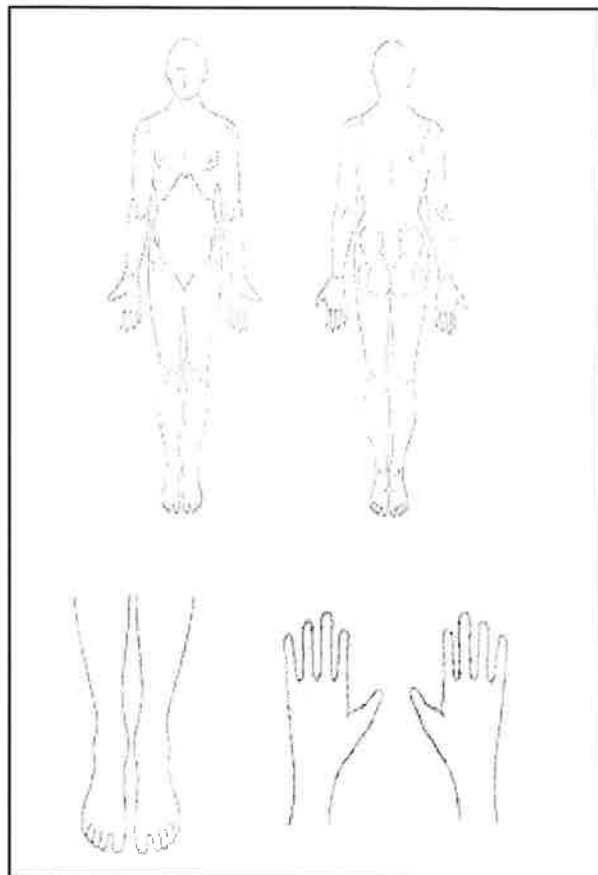
・いつからですか？()から

・どのような症状ですか？

- 痛み 腫れ 変形 しびれ
しこり 動かしにくい 傷 出血
その他()

・レントゲン検査は希望されますか？

- 希望する 希望しない



2. 最近の様子で当てはまるものに「✓」してください。

- 発熱(37, 0℃以上) だるい
咳 息苦しい 下痢
味がしない 匂いがしない
同居者・友人に発熱、咳・息苦しさがある
コロナ感染者や海外帰国者との接触がある

・いつ頃ですか？()

3. 過去1ヵ月以内に海外渡航歴はありますか。 ある 渡航先() なし

4. 今までにかかったことのある病気や手術はありますか？ いいえ はい

高血圧 糖尿病 心臓病 胃・十二指腸潰瘍 脳卒中 高尿酸血症
透析中 癌 喘息 アトピー 精神疾患 不眠症 痛風
その他()

・治療はされていますか？ いいえ はい …(病院名:)

6. 現在、服用中の薬はありますか？

いいえ はい ……(薬の名前:)

7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい …薬()食べ物()

8. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？

いいえ はい()ヶ月 授乳中