

ご来院どうもありがとうございます。診察の前に以下の質問にお答えください。

診察を受ける方のお名前	被保険者のお名前
ふりがな 男・女	ふりがな 男・女 歳
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	以前に当クリニックを受診したことはありますか。 ある・ない
ご住所 (マンション・アパート名もお願いします。) 〒 -	お電話番号 — —
ご職業	被保険者との続柄
勤務先 (さしつかえなければ)	勤務先住所 (おわかりになれば)

※海外渡航歴(有・無)有の方→(/ ~ /)

※緑内障 あり・なし

- 今日はどうなさいましたか。
 - かぜをひいたらしい。
a の場合には症状に○をつけてください。
ねつ (°C)・さむけ・せき・たん
だるい・はなみず・はなづまり・頭がいたい
のどがいたい・耳がいたい・関節がいたい
げり・はきけ・おうと(嘔吐)・食欲がない
 - おなかがいたい。
 - いきぐるしい。
 - その他。
d の場合にはその症状をお書きください。
()
- いつからぐあいが悪いですか。
() 時間前から () 日前から
() 週間前から () 月前から
- 現在治療中の病気はありますか。
 - (緑内障・前立腺肥大症など含めて)ある。
病名をご存知でしたらお書きください。
()
お薬があればお書きください。
()
 - ない。
- 薬を飲んだり注射をしたあとに、気持ちが悪くなったりじんましんが出たことがありますか。
 - ある。
薬の名前をご存知でしたらお書きください。
()
 - ない。
- 今までに入院したり、手術を受けたりしたことはありますか。
 - ある。
病名をご存知でしたらお書きください。
()
 - ない。
- ご両親、ご兄弟、同居されている方の中で以下の病気がある場合には○をつけてください。
高血圧・糖尿病・高脂血症・がん・脳こうそく・心筋
こうそく・結核・ぜんそく・アレルギー病・その他
()
- 診療のご希望についてうかがいます。
 - 特に希望はない。
 - () の検査を希望する。
 - こな薬は飲めない。
 - にがい薬は飲めない。
 - 錠(じょう：つぶ)剤は飲めない。
 - カプセル剤は飲めない。
 - 点滴を希望する(診療終了20分前まで)。
 - 漢方薬での治療を希望する。
 - ジェネリック(後発品薬)は希望しない。
 - その他のご希望があれば。
()
- 現在妊娠している可能性はありますか。
 - ある
 - ない
- 現在授乳していますか？
 - している
 - していない

もしも当院処方薬で異常があった場合ご連絡ください
ますようお願いいたします。

どうもありがとうございました。

宮前平内科クリニック