

受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女（明・大・昭・平） 年 月 日生（ ）歳

住所 _____

①電話番号 _____ ②緊急連絡先 _____

職業： _____

1. 本日はどのようなことで来院されましたか
診察 ・ 検査 ・ 内服 ・ 点滴 ・ 相談 ・ その他（ ）

2. 本日の症状、またはご相談の内容をお書きください。
いつから症状が出ましたか。（ ）
どのような症状がありますか。

症状：熱がある のどが痛い せき・たん（たんの色： ） 息苦しい 喘息発作
鼻水・鼻づまり 頭痛 関節痛 体がだるい 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐
めまい 耳鳴り 残尿感 排尿時痛 その他（ ）

現在の身長（ ）cm 体重（ ）Kg 体温（ ）℃

3. 現在治療中の病気 有り（ ）・無し ●現在内服中のお薬 有り（ ）・無し

4. 今までにかかった病気があれば○を付けてください
高血圧・脳卒中・心臓病・肝臓病・喘息・胃十二指腸潰瘍・胆石症・貧血・糖尿病
腎臓病・がん（ ）・その他（ ）
手術歴（有り・無し） 輸血（有り・無し） 入院歴（有り（ ）・無し）

5. 血縁（親・兄弟）の方に、以下の病気の方がいらっしゃったら○をつけてください。
高血圧・脳卒中・心臓病・肝臓病・喘息・胃十二指腸潰瘍・胆石症・貧血・糖尿病
腎臓病・がん（ ）・その他（ ）

6. 薬や注射で発疹や気分が悪くなったことがありますか 無・有（薬品名 ）
食物アレルギーはありませんか 無・有り（食物名： ）

7. アルコール 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む
ビール（ ml） 焼酎（ ）合 その他（ ）
たばこ 吸わない 吸う（1日 本） 時々吸う やめた（ 歳頃）

8. 女性の方へ 現在妊娠していますか。（はい ・ いいえ） 授乳（有り・無し）

9. 鹿児島医療生協に加入していますか？ （ はい ・ いいえ ・ わからない ）