

お薬手帳は受付にお渡しください

氏名

身長 cm 体重 kg 仕事内容（現在） （以前）

本日付添いの方はいますか？ ☐ いる（どなたと： ） ☐ いない

妊娠の可能性ある、または妊娠中・授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

●本日はどのような症状（理由）で受診されましたか？

どんな症状ですか？ ()

いつからですか？ ()

●今までにかかった病気や治療はありますか？（処方されているお薬があればお伝えください）

・高血圧 歳 病院名

・糖尿病 歳 病院名

・脂質異常 歳 病院名

・脳の病気 (病名:) 歳 病院名

・心臓の病気（病名：_____） _____ 歳 病院名 _____

・その他

病名 歳 (手術 あり ・ なし) 病院名

病名 歳 (手術 あり ・ なし) 病院名

病名 歳 (手術 あり ・ なし) 病院名

●過去に受けられた手術・治療に対し下記内容はありますか？※金・銀歯や差し歯、取り外しのできる義歯は除く

□ ある（ペースメーカー・人工内耳・人工関節・脳動脈瘤クリッピング・コイル/ステント・子宮内装具
インプラント・磁気インプラント・歯科矯正・インスリンポンプ・持続グルコース測定器・導尿用キャップ）

☐ ない ☐ 不明・よくわからない・上記の内容が該当する可能性がある

●両親・子ども・兄弟で下記の病気の方はいいますか？

☐ いない ☐ いる (どなたが: / 高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓の病気・脳の病気)

(どなたが： / 高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓の病気・脳の病気)

●アレルギーはありますか？（造影剤・薬剤・食べ物・花粉症 など）

●嗜好品についてお訊ねします

【喫煙】 ☐ 吸わない ☐ やめた（ 歳～ 歳 本/日） ☐ 吸う（ 歳～ 本/日）

【飲酒】 ☐ 飲まない

□ 飲む (種類 /量 mL) ・ 毎日 ・ 週 日程度 ・ つきあい程度

●医療安全(火傷など)や医療機器故障の防止のため、ご回答をお願いします

・刺青、アートメイク ☐ なし ☐ あり ・カラーコンタクト ☐ なし ☐ あり

・ヘアパウダー、ウイッグ ☐なし ☐あり

・ネイルアート（マグネットネイル・ジェルネイル・金属パーツなど） ☐なし ☐あり

以上です。この用紙を受付に提出し、自動血圧計で血圧をお測りの上、お待ちください。