

 はじめて来院された方へ

【下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。】 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 () 歳
ご住所	〒		
電話番号	()	携帯電話	()
緊急連絡先	()	続柄 ()	

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- 熱がある お腹が痛い 咳が出る 胸が痛い
 動悸がする 息が苦しい 無呼吸やいびき
 その他 ()

2. それはいつ頃からですか？

日から 日前ごろから

3. 現在治療されている病気、定期的に医師の診察・投薬を受けている病気はありますか？

- ない ある ()

4. 現在服用されているお薬はありますか？

- ない ある ()

5. 薬・食物等のアレルギーはありますか？

- ない ある ()

6. 今まで大きな病気、入院治療を要した病気、手術をされたことはありますか？

- ない ある ()

7. アルコールは飲みますか？

- 飲む(毎日 ・ 週 日) ほとんど飲まない まったく飲めない

8. 喫煙していますか？

- いいえ はい () 本/1日 () 年間
 禁煙後 _____ 年前に中止、それまで() 本/1日 () 年間

9. 【女性の方にお尋ねします】 現在妊娠中ですか？

- いいえ はい 分からない 授乳中である

10. 当院を何で知りましたか？

- 医療関係者からの紹介() 知人からの紹介()
 インターネット 広告() その他()

11. 保険情報を正確に把握するため、保険証のコピーをとらせていただいてもよろしいですか？

- はい いいえ

看護師記入欄	BP : _____	P : _____	SaO2 : _____ %	KT : _____ °C
	体重 : _____ kg	身長 : _____ cm	腹囲 _____ cm	