

ID

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

該当する所を○で囲って下さい。

**1.いつから、どのような症状がありますか？**

いつから \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 頃より

- 熱 あり/なし ・ 咳 ・ 痰( \_\_\_\_\_ 色) ・ 鼻水/鼻づまり ・ のどが痛み  
息が苦しい ・ 喘息 ・ 喉がヒューヒューする ・ 胸が痛い ・ ドキドキする  
吐き気/吐く ・ 腹が痛い ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 頭が痛い ・ めまいがする  
その他( \_\_\_\_\_ )

具体的な症状をこちらにお書き下さい

(例: 熱が 38度 3日間続いているなど)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.上記症状で他の医療機関を受診されましたか？**

いいえ ・ はい 薬の名前 \_\_\_\_\_

**3.現在治療中の病気はありますか？ お薬手帳をご持参の方は提出下さい**

いいえ ・ はい (病名 \_\_\_\_\_ )  
(薬の名前 \_\_\_\_\_ )  
(病院名 \_\_\_\_\_ )

**4.アレルギーはありますか？**

薬物 ない ・ ある (薬剤名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )  
食物 ない ・ ある (食品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

**5.たばこについて**

吸う / 以前吸っていた 1日 \_\_\_\_\_ 本, 約 \_\_\_\_\_ 年間, 禁煙 \_\_\_\_\_ 年目  
吸わない

**6.女性の方へ**

妊娠している可能性は? \_\_\_\_\_ ない ・ ある \_\_\_\_\_ 週

**7. 検査を希望されますか？** (レントゲン ・ CT ・ その他 \_\_\_\_\_ )