

氏名	薬による副作用 無・有( )					
	アレルギー 無・有( )					
年齢	才	男・女	利き手はどちらですか 右・左			
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください						
<input type="checkbox"/> 紹介状あり 他院・ドック・検診						
<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から	最高	度	悪寒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月	日から	1日	回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 咳	月	日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている			
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月	日から				
<input type="checkbox"/> 体重減少	月	日から	Kg減少した			
<input type="checkbox"/> 下痢	月	日から	1日	回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 腹痛	月	日から	へそ周囲・下腹部		背部痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 胃痛	月	日から	黒色便	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日から	しびれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 胸痛	月	日から				
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)	月	日から				
<input type="checkbox"/> 息苦しい	月	日から				
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	月	日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背	
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )						
<input type="checkbox"/> その他 月 日から( )						
上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有						
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )						
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )						
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ( )本 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から						
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( ) ( )回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から						
介護保険の申請 なし・あり ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )						
女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある						
※医療者が記入しますので、記入しないでください			身長	cm	体重	Kg
<input type="checkbox"/> 呼	<input type="checkbox"/> 循	<input type="checkbox"/> 消	<input type="checkbox"/> 内	<input type="checkbox"/> 血	<input type="checkbox"/> 他	
<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 嘔・下	<input type="checkbox"/> 感染(隔離)	<input type="checkbox"/> 一般待合	体温	度	脈拍
				度	回/分	SPO2
				mmHg	再検	mmHg
				/	/	