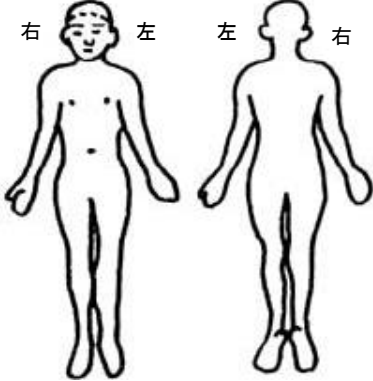


氏名	薬による副作用 無・有()	
	アレルギー 無・有()	
年齢 才 男・女	利き手はどちらですか 右・左	
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください		
<input type="checkbox"/> 紹介状あり	他院・ドック・検診	
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	最高 度 悪寒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回ぐらい 血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <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		
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		
<input type="checkbox"/> 呼 <input type="checkbox"/> 循 <input type="checkbox"/> 消 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 血 <input type="checkbox"/> 他	身長	cm 体重 Kg
<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 回/分 SPO2 %
	血圧	/ mmHg 再検 / mmHg

看護師サイン