

ありがとうみんなファミリークリニック平塚 初診時間診表

記入日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 体温 _____ °C

1. 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか

・いつから 本日(_____ 時頃から) 昨日 おととい (_____)から

・どこが _____ 健康診断の異常

・どのように _____ 健康診断

予防接種

2. 他の医療機関にかかっていますか

かかっていない

かかっている 病名: _____ 病院名: _____

3. 飲んでいる薬やサプリメントはありますか

ない

ある お薬手帳 あり
 なし;名前 _____

4. 健康診断・がん検診・人間ドックを受けていますか

いいえ

はい 一般健診 人間ドック
 がん健診 (肺、胃、大腸、前立腺、乳、子宮)

◎血圧 _____ / _____ mmHg

◎身長 _____ cm

◎体重 _____ kg

5. 今までに入院したり、病気にかかったりしたことがありますか

いいえ (例: △▲才 骨折で□□病院入院 など)

はい

6. ご家族で病気にかかったことがある人がいれば教えてください

【 祖父・祖母 】

【 父親・母親 】

【 子ども 】

<input type="checkbox"/> がん(場所; _____)	<input type="checkbox"/> がん(場所; _____)	<input type="checkbox"/> がん(場所; _____)
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> コレステロールが高い	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> コレステロールが高い
<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> その他(_____)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか

ない

あり 何で(_____) どうなったか(_____)

8. 嗜好品に関して

お酒 飲まない
 飲む (何を: _____ 、どれくらい: _____)

タバコ 吸ったことがない 吸ったことがあるがやめた
 吸う (_____ 本× _____ 年間) (_____ 本× _____ 年間、 _____ 歳から禁煙)

9. 最近2週間以内に、以下の症状が出現したことがありますか

・色々なことに対して、ほとんど興味がない、または楽しめない いいえ はい

・気分が落ち込む、ゆううつになる、絶望的な気持ちになる いいえ はい

10. その他必要なこと、伝えたいことがあれば教えてください。