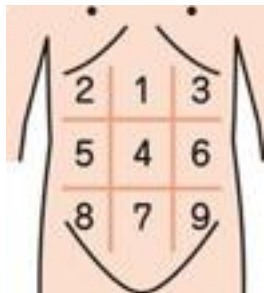


氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm, 体重 _____ kg
体温 _____ °C SpO2 _____ PR _____

・いつ頃からどのような症状がでましたか？

・今の症状に○をつけてください

発熱 咳 夜間咳で目が覚める 痰 鼻水 鼻詰まり くしゃみ
喉の痛み(唾を飲むと喉が痛い、ずっと痛い) 頭痛 寒気 関節痛 食欲不振 倦怠感
不眠(寝つきが悪い、夜中に目が覚める) めまい 耳鳴り
胸痛 動悸 息苦しさ 口渇



腹痛(部位に○をつけてください) 吐き気 嘔吐(_____ 回)
下痢(_____ 回) 軟便 血便 腹部の張り 便秘
尿がでにくい 頻尿 排尿時痛 残尿感
その他の症状があれば記入ください

・妊娠 有(_____ ヶ月) 無 _____ ・授乳中 有・無
・アレルギーの有・無(花粉症についてはその他に記入ください)
薬品名: _____ 症状 _____

食べ物:

その他:

・今までかかった病気や怪我を記入ください(検診や健診での指摘項目を含む)

・現在使用中の薬や注射があれば記入ください(お薬手帳に記載があれば結構です)

・飲酒習慣の有・無: 日本酒 ビール その他(_____)を1日に(_____)
普段は飲まないがたまに飲み会などで飲む

・タバコ: _____ 本/日 _____ 年間(禁煙された方 _____ 本 _____ 歳~ _____ 歳)

・ご家族で以下の病気にかかれた方があれば○をつけてください(続柄も記入ください)

糖尿病(_____) 高血圧(_____) 高脂血症(_____) 心筋梗塞(_____) 脳梗塞(_____)

がん(部位 _____ 続柄 _____) 白血病、リンパ腫などの血液疾患(_____)

その他難病や稀な疾患があれば記入ください(_____)