

ご記入日：R 年 月 日

# 初診時間診票

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ( 歳)
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
ご住所	〒 -	自宅電話	( ) -	
		携帯電話	( ) -	
		緊急連絡先 (ある方のみ)	( ) -	
		ご連絡先： <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃)		

該当する項目に☑をお付け下さい。ご記入が済みましたら、受付までお持ちください。

①本日の症状について	
身長 ( ) cm 体重 ( ) kg ※必ずご記入ください	
風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある ( °C) →解熱剤使用 ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> くしゃみ
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 飲み物が飲めない
胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だる <input type="checkbox"/> その他 ( )
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ 部位 ( )
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ( ) 年前 <input type="checkbox"/> 今は痛みはない
②手術歴について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	いつごろ ( ) 病名 ( ) 部位 ( )
③ご家族の既往歴について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
④現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑤飲んでいるお薬について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	薬品名 ( ) ・お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
⑥アレルギーについて	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	薬品名 ( ) 食品名 ( )
⑦飲酒について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	( ) 歳から 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 月に ( ) 回 量：お酒 ( ) 合 ビール350ml ( ) 本 ワイン ( ) 杯
⑧喫煙について	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	( ) 歳から 本/日 禁煙 ( ) 歳から
⑨現在の状態について、女性のみお答えください	
<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) か月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし	
⑩何を見て当院にご来院されましたか	
<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

治療効果を向上させる為、薬局と診療情報を共有させていただきますので、ご了承願います。