

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)	() -	
		基本ご連絡先: <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	
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"/> 胃痛 <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"/> だるい <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()
その他	<input type="checkbox"/> 健診の再検査 <input type="checkbox"/> 紹介状のご持参 <input type="checkbox"/> 他院の検査結果のご持参 ※健診結果・紹介状・検査結果をお持ちの方は、受付にご提示ください
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受診されるにあたって、どのようなご希望がありますか	
<input type="checkbox"/> 積極的に必要な検査・治療・投薬を受けたい	
<input type="checkbox"/> 検査や治療について相談したい	
<input type="checkbox"/> できれば検査は受けたくない(検査が出来ない場合、一部薬を処方出来ない場合があります)	
③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()
④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()
⑤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()
⑥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
⑦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()
⑧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 ワイングラス() 杯
⑨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
⑩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	

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。