

急性疾患診療希望の方へ

診療をスムーズに進めるためお手数ですが下記にご記入下さい。

お名前_____

ご住所_____

お電話番号 (自宅) _____ (携帯電話) _____

- Q 本日受診することになったおもな症状は？
(_____)
- Q いつごろから？
(_____)
- Q 今までにかかったおもな病気、けがは？
(_____)
- Q 手術や輸血をしたことがありますか？
いいえ
はい → 病名 (_____) 時期 (_____ 年 _____ 月頃)
- Q 現在、治療している病気はありますか？
ない
ある → 糖尿病・肝臓の病気・心臓や血管の病気・結核・喘息・腎臓の病気
その他 (_____)
- Q 今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？
ない
ある → (くすりや食べ物の種類： _____)
- Q 女性の方へ 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ・はっきりしない)
- Q 女性の方へ 現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)
- Q タバコは？ (吸ったことがない・やめた・吸っている)
- Q アルコールは？ (全く飲まない・週に2回以下・毎日飲む)
- Q アルコール消毒は大丈夫ですか？ (大丈夫・かぶれる)

Q 発熱のある方へ

・現在の体温 _____ °C

・周囲にインフルエンザもしくは風邪の症状のある方はいらっしゃいますか？

いる ・ いない その方は (_____)

・今年インフルエンザワクチンは _____ 受けていない ・ 受けた (_____ 月頃)

ご協力ありがとうございます。薬手帳をお持ちの方は薬手帳を用意し
受付に声をかけてください。