

ふりがな				生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	男 ・ 女
お名前							
住所							平熱 ( ) °C
TEL	☎	自宅・携帯	緊急連絡先	☎	続柄 ( )		

受診の理由

- 紹介 (紹介状 あり なし)  
 ふくだ内科から転院  
 他院 ( ) からの転院  
 健診異常  健診・予防接種  
 症状  その他 ( )

新型コロナウイルス感染症疑いの方との接触の有無

- なし  あり

現在またはこれまで治療した病気について

病名	年齢	治療した病院
1		
2		
3		
4		
5		

症状についてお伺いします

いつ頃からですか? ( 年 月 日頃より)

症状に当てはまるものを選んでください。(複数選択可)

① 全身・頭

- けん怠感  疲労感  体重減少  血圧が高い  
 発熱 ( ) °C  
 頭痛  めまい  むくみ  脂質異常  
 糖尿病  高尿酸血症 (痛風発作)

② 眼・耳・鼻・のど

- 眼のかゆみ・充血  耳鳴り  鼻水・鼻づまり  
 鼻血  喉の痛み  喉の違和感・いがいが

③ 胸

- 胸痛  咳  痰  息切れ  血痰  
 動悸  呼吸困難  いびき・無呼吸

④ おなか

- 腹痛  下痢  便秘  吐き気・嘔吐  
 胸やけ  膨満感  血便  食欲不振

⑤ 皮膚

- 発疹・発赤  かゆみ  じんましん

⑥ その他

- 筋肉痛  麻痺・しびれ  尿の症状

⑦ 上記にない症状は下記にご記載ください。

お薬 (現在飲んでいるお薬を記載してください)

★お薬手帳をお持ちの方はお薬手帳で大丈夫です。

たばこについて

- 吸ったことがない  
 現在吸っている 1日最大 ( ) 本 ( ) 歳～  
 過去に吸っていた 1日最大 ( ) 本 ( ) 歳～ ( ) 歳

アレルギーはありますか

- なし  
 あり  薬 ( )  
 食べ物 ( )  
 その他 ( )

お酒について

- 飲まない  
 飲む 週 ( ) 日  
 種類: 量: 1日

妊娠について (妊娠しているもしくは妊娠の可能性はありますか)

- いいえ  はい

今までやってきたお仕事について

職業名 ( )  
 ( ) 歳～ ( ) 歳まで

スタッフ記入欄

体温 °C 血圧 / SpO2 %