

ふりがな		生年	大・昭	年	月	日	男	・	女
お名前		月日	平・令						
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 ( )

**来院のきっかけ**

通りがかり

ホームページをみて

駅の看板

知人・家族の紹介

その他 ( )

症状についてお伺いします

新型コロナウイルス感染症疑いの方との接触の有無

いつ頃からですか? ( 年 月 日頃より)

なし  あり

症状に当てはまるものを選んでください。(複数選択可)

現在またはこれまで治療した病気について

- 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)

病名	年齢	治療した病院
1		
2		
3		

- 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

お薬 (現在飲んでいるお薬を記載してください)

- ③ 胸**
- 胸痛  咳  痰  息切れ  血痰
- 動悸  呼吸困難  いびき・無呼吸

★お薬手帳をお持ちの方はお薬手帳で大丈夫です。

- 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

たばこについて

- ⑤ 皮膚**
- 発疹・発赤  かゆみ  じんましん

- 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

- ⑥ その他**
- 筋肉痛  麻痺・しびれ  尿の症状

お酒について

**⑦ 上記にない症状は下記にご記載ください。**

-----

-----

-----

- 飲まない
- 飲む 週 ( ) 日 種類: 量: 1日

アレルギーはありますか

今までやってきたお仕事について

- なし
- あり  薬 ( )
- 食べ物 ( )
- その他 ( )

職業名 ( ) ( ) 歳～ ( ) 歳まで

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