

氏名		薬による副作用 無・有()	
		アレルギー 無・有()	
年齢	才	男・女	利き手はどちらですか 右・左
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/>	紹介状あり	他院・ドック・検診	
<input type="checkbox"/>	発熱	月 日から	最高 度
<input type="checkbox"/>	嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回ぐらい
<input type="checkbox"/>	咳	月 日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている
<input type="checkbox"/>	食欲低下	月 日から	
<input type="checkbox"/>	体重減少	月 日から	Kg減少した
<input type="checkbox"/>	下痢	月 日から	1日 回ぐらい
<input type="checkbox"/>	腹痛	月 日から	へそ周囲・下腹部
<input type="checkbox"/>	胃痛	月 日から	
<input type="checkbox"/>	頭痛	月 日から	
<input type="checkbox"/>	胸痛	月 日から	
<input type="checkbox"/>	喘鳴(ぜいぜいする)	月 日から	
<input type="checkbox"/>	息苦しい	月 日から	
<input type="checkbox"/>	体のむくみ	月 日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背
<input type="checkbox"/>	1ヶ月以内に海外に行かれましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	
<input type="checkbox"/>	その他	月 日から()	

上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
現在内服中の薬はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい お薬手帳持参 無・有	
今までに大きな病気をされたことはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
今までに手術をされたことはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ()本	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量() ()回/週	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 禁酒した ()年前から
介護保険の申請	なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある		

※医療者が記入しますので、記入しないでください		身長	cm	体重	Kg
<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 嘔・下	<input type="checkbox"/> 感染(隔離)	<input type="checkbox"/> 一般待合	体温	度
				脈拍	回/分
				SPO2	%
				血圧	/ mmHg
				再検	/ mmHg