

初 診 時 間 診 表

下記の項目について記入、もしくは で囲んでください。もし記入の方法でわからないことがありましたら、窓口でお聞き下さい。

お名前：	生年月日	年	月	日生	歳	男・女
ご住所：						
お電話： ()						

- 1) あなたは、どのようなことでおいでになりましたか？
 熱がある、喉が痛い、痰が絡む、咳（乾いた咳、痰が絡む咳）、おなかが痛い、
 下痢、吐き気、嘔吐、その他 ()
 それはいつ頃からですか？ (前頃から)

- 2) 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか？
 はい (病名は：) ・ いいえ

- 3) 今までに手術を受けたことがありますか？
 はい (手術名は：) ・ いいえ

- 4) 今までに輸血を受けたことがありますか？
 はい ・ いいえ

- 5) 今までに生活習慣病を指摘されたことがありますか？
 はい (で囲んでください 糖尿病 、 高血圧 、 高脂血症) ・ いいえ

- 6) 生活習慣についておたずねします。
 a) アルコールは飲みますか？
 はい (時々 、 2～3日おき 、 1～2日おき 、 ほぼ毎日) を 年間
 いいえ
 b) 煙草を吸いますか？
 はい (本 / 日を 年間)
 いいえ
 c) 睡眠時間はどれくらいですか？ (時間)

- 7) 今までに薬を飲んだり、注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？
 はい (わかれば具体的に：)
 いいえ

- 8) 女性の方にうかがいます
 妊娠されていますか？ はい (カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ
 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- 9) 薬剤の選択
 先発品希望 ・ ジェネリック品希望
 (ジェネリック医薬品は先発医薬品の特許期間満了後に厚生労働省の承認により発売される医薬品の総称です)

- 10) その他質問されたいことがあれば、お書き下さい
 ()