

予 診 票

年 月 日

*予診では次のことをお聞きしますので、あらかじめご記入してください。

フリガナ		明治・大正・昭和・平成	年齢	性別
氏名		年 月 日	歳	男・女
住所	(〒 -)	電話番号	()	
		緊急連絡先	()	
勤務先		世帯主		
勤務先 TEL		既 婚 ・ 未 婚		

◎身長【 】cm ◎体重【 】kg ◎熱【 】℃

●お薬を飲んで湿疹などアレルギー症状が出たことはありますか？

(風邪薬・痛み止め・ペニシリン・キシロカインなど)

いいえ・はい → 薬品名【 】

●今までに病気・手術したことはありますか？

いいえ・はい → 病 名【 】【 】歳頃
【 】【 】歳頃
【 】【 】歳頃

●今日はどうしましたか？

・紹介状の件 ・特定健診 ・健康診断の再検査

*症状のある方は○をつけてください。

	発熱		腹痛		耳鳴り、めまい
	頭痛		下痢 (朝～ 回)		息切れ、どうき
	せき		吐き気 (嘔吐 回)		胸の痛み
	たん		食欲不振		むくみ
	鼻水、鼻づまり		体のだるさ		のどの渴き
	のどの痛み				やせた

その他の症状【 】

*いつからですか？

【 月 日】

→次ページあります

●現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ・はい → 市販の薬【】

→ 他院でもらった薬【】

【病院名：】

●最近の食欲、睡眠、便通について教えてください。

・食欲【良・普通・低下】

・睡眠【良・普通・不足】

・便通【良・普通・便秘ぎみ・便秘】

→便の状態はどうか？

(普通便・硬い便・下痢・やわらかい便)

●アルコールは定期的に飲みますか？

いいえ・はい → 種類と飲む量を教えてください

日本酒・ビール・ワイン・ウイスキー・焼酎・その他 ()

【日 杯・本・合】

●たばこは吸いますか？

いいえ・はい → 【1日 本くらい】

●あなたの祖父母・父母・兄弟で以下の病気にかかった方はいますか？

いいえ・はい → 高血圧・がん・糖尿病・喘息・結核・脳出血

その他 ()

●海外渡航歴についてお聞きします。1か月以内に海外に行きましたか（仕事・旅行等）？

いいえ・はい → いつですか？【月 日～ 月 日】

どの地域ですか？【】

●女性の方のみお聞きします。

月経【順調・不順】

最終月経はいつですか？【年 月頃】