

受診券番号

フリガナ 氏名 性別 男・女 生年月日 昭和 年 月 日

1. 主な既往歴について伺います。
これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を で囲んでください。

Table with 4 columns: Disease Category, Disease Name, Yes, No. Includes categories like 脳血管, 心疾患, 腎不全, 人工透析, 貧血.

2. その他の既往歴について伺います。
上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に を記入してください。

Table with 3 columns: ID, Disease Name, Blank space. Includes items like 01 高血圧, 05 高尿酸血症, 09 胃・十二指腸潰瘍.

3. 自覚症状について伺います。
次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を で囲んでください。

Table with 4 columns: ID, Symptom, Yes, No. Includes symptoms like 01 胸の圧迫感, 08 めまい・立ちくらみ.

4. 服薬の状況について伺います。
現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を で囲んでください。
また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

Table with 3 columns: Medication Type, Yes/No, Medication Name. Includes 01 血圧を下げる薬, 02 インスリン注射や血糖を下げる薬.

5. 喫煙歴について伺います。
現在、習慣的にたばこを吸っていますか。
「習慣的」とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月以上も吸っている場合をいいます。

はい いいえ

6. 食後経過時間について伺います。
最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。

10時間以上経過 10時間未満

医師の記入欄
[他覚症状所見]
01:眼瞼結膜蒼白(+)
02:浮腫:眼瞼(+)
03:肝臓肥大(+)
04:浮腫:下腿(+)
05:心音不純
06:不整脈あり
医師の署名