

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, Yes/No. Includes 01-04, 05-08, 09-11.

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 01-07, 08-14.

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.

5. 喫煙歴について伺います。
現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
条件1:最近1か月間吸っている
条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

Table with 3 columns: ID, Response, Yes/No. Includes 1, 2, 3.

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。
対象となる経過時間に○を記入してください。

Table with 3 columns: ID, Time, Yes/No. Includes 1, 2, 3, 4.

医師の記入欄. Includes 診察, 他覚症状, [他覚症状所見], (尿検査)測定不可能・検査未実施の理由, 医師の署名.