

ふりがな	〒		
名前	住所		
電話番号	緊急連絡先 ()		
身長 () cm	体重 () kg	体温 () °C	
薬による副作用	無・有 ()		
アレルギー	無・有 ()		
・来院のきっかけ <input type="checkbox"/> 他院から転院 ・ <input type="checkbox"/> 健康診断 ・ <input type="checkbox"/> 体調不良			
<input type="checkbox"/> 発熱	() 日前から	最高 () °C、	悪寒 (無・有)
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	() 日前から	1日 () 回くらい、	血液混入 (無・有)
<input type="checkbox"/> せき	() 日前から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 体重減少	() 日前から	() kg	減少した
<input type="checkbox"/> 下痢	() 日前から	1日 () 回くらい	血液混入 (無・有)
<input type="checkbox"/> 腹痛	() 日前から	(へそ周囲・下腹部) 背部痛 (無・有)	
<input type="checkbox"/> 排尿痛	() 日前から	残尿感 (無・有)	
<input type="checkbox"/> 胃痛	() 日前から	黒色便 (無・有)	
<input type="checkbox"/> 頭痛	() 日前から	しびれ (無・有) 麻痺 (無・有)	
<input type="checkbox"/> 胸痛	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 喘鳴 (せせげする)	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 息苦しい	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	() 日前から	(右・左・上肢・下肢・足背・手背)	
<input type="checkbox"/> その他	() 日前から	()	
・症状のあるところや気になるところがある場合は記入してください			
			
2週間以内に道外、海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 地域 ()			
現在服用の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい お薬手帳 (無・有・忘れた)			
感染症と診断されたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (B型肝炎・C型肝炎)			
今まで大きな手術・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 ()			
タバコ	<input type="checkbox"/> 禁煙した () 年頃	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 () 本 () 年間
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒した	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む 1日 () を () くらい/週 () 日
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠している () 週目	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中
看護師記入欄			
Spo2	%		
BP	mmHg		
P	.R		