

初めて、あるいはひさしぶりに当院を受診される患者さんへ

住所:	市 町・村	番 号	氏 名
電話:	—	—	受診するのは ①まったく初めてである
携帯:	—	—	②以前受診したことがある 年 月頃

予診表 (他人の目に触れることはありません。診察後廃棄します)

1. どんな症状がありますか、○をつけてください。 下記以外 []

- ・せき ・たん ・鼻水 ・のどの痛み ・せいせいする ・息苦しい ・鼻づまり ・頭痛 ・発疹
- ・熱がある(°C) ・胃・みぞおちが痛い ・胸やけ ・吐き気・嘔吐 ・腹痛 ・下痢 ・便秘
- ・胃がもたれる ・黒い便 ・血便 ・便が細い ・腹が張る ・ガスがよく出る 食欲がない
- ・体重が減ったまたは増えた(ヲ月で kg) ・汗をかく ・のぼせる ・冷え性 ・夜眠れない
- ・疲れやすい ・元気が出ない ・顔色が悪い ・しびれる(右・左・両/手,足,顔) ・手がふるえる
- ・麻痺がある(右・左・両/手,足,顔) ・めまい(天井が回る様、血の気が引ける様) ・耳鳴り
- ・まぶしい ・物が見えにくい ・腰背部痛 ・肩こり,肩痛 ・手,足が痛い ・のどがかかわく
- ・尿が近い ・尿が残る感じ ・尿が出にくい ・下腹部痛 ・血尿 ・手/足/顔がむくむ ・かゆい
- ・胸がどきどきする ・胸が痛い ・息切れ ・動くとき息苦しい ・顔が黄色い ・診断書・健診希望
- ・検査希望 ・健診で異常を指摘された(内容:高血圧・高脂血症・糖尿病・貧血・その他

2. いつ頃から症状がありますか、記入してください。 } 検査異常[])

- ①今日 ___ 時頃から ② ___ 日前から ③ ___ ヲ月前から ④ ___ 年前から

3. 今までにかかったことのある病気・けが、薬や食べ物などによるアレルギーなどありましたら記入してください。 ・ ___ 年 ___ 月 ()

- ・ ___ 年 ___ 月 () ・ ___ 年 ___ 月 ()
- ・ ___ 年 ___ 月 () ・ ___ 年 ___ 月 ()

4. 治療法について、特にご希望があれば記入してください (なければ結構です)。

- ①注射等を使って急いで治してほしい。 ②安い薬を使うなどして自己負担分を最小限にほしい。
 ③多少負担はかかっても検査等を積極的にやってほしい。 ④多少負担はかかっても効果の強い薬を使ってほしい。 ⑤専門医・病院を紹介してほしい。()

5. 両親や兄弟などがかかったことのある病気に○付けて下さい。 ガン 高血圧 脳卒中 高脂血症 心臓病 糖尿病 肝疾患 肝炎 腎臓病 アレルギー疾患 結核

6. 何か気になること、医師に伝えておくべきことがあれば記入してください。

- ・
- ・
- ・