氏名　　様　　歳　　男　女

（1） 今携わっている仕事（例：会社にて営業）

（2） 今回、受診することになった症状を具体的に記入してください。

（ いつから、どこが、どのようにかをくわしく ）

（3） その他にも気がつく症状があったら○をつけてください。

だるい　疲れる　むくみ　イライラする　何か不安　不眠　寝汗　発疹
口が渇く　熱っぽい・発熱（　　℃）　咳　痰（ 白 ・ 黄色 ）　息切れ
ぜいぜいヒューヒュー　鼻づまり　鼻汁　のどの痛み　鼻出血
動悸　胸苦しい　胸が締め付けられる胸痛　頭痛（どこが：　　）
関節痛（どこが：　　）筋肉痛（どこが：　　）
腹痛（どこが：　　）　吐き気　げっぷ　胸やけ
背痛　腰痛　肩こり　歯肉出血　点状出血　紫斑

（4）食欲（ 普通 ・ 減った ） 普段の便通（　日　回　便秘薬使用 ）
身長（　　ｃｍ） 体重（　　ｋｇ：減った ・ 変わらない ・ 増えた ）
（ 最高体重：　　ｋｇ　年齢　　歳頃 ）

（5） 現在妊娠していますか。（ はい ・ いいえ ）最終月経（始まった日）　年　月　日

（6） いま通っている病・医院がありますか。（ あり ・ なし ） 注射（ あり ・ なし ）

【　病院・医院、　科、病名　】
【　病院・医院、　科、病名　】

（7） 次の病気にかかったことがありますか。その年月日も記入してください。

胃・十二指腸潰瘍　脳卒中　肺結核　腎炎　貧血　痛風
肝炎・黄疸　高血圧　肺炎　腎盂腎炎　糖尿病　リウマチ
胆石・胆のう炎　心臓病　胸膜炎　尿路結石　甲状腺　関節痛
虫垂炎　痔　不整脈　喘息　前立腺肥大　ノイローゼ・うつ病
大けが　眼・耳・鼻・のど・皮膚

★入院：病院　病名　年月日　年　月　日
★入院：病院　病名　年月日　年　月　日
★入院：病院　病名　年月日　年　月　日

健康診断を受けたことがありますか。住民検診 ・ 会社検診 ・ 医院（　年　月　日）
調べた内容： 血圧 ・ 尿 ・ 胸部レントゲン ・ 胃レントゲン ・心電図 ・血液検査
（ 異常あり ・異常なし ）

（8） 薬のアレルギー（ あり ・ なし ）（例：ペニシリンでショック、風邪薬で発疹）

（9） 喫煙状況　・吸う　・紙巻きタバコ（種類　）（1日　本×　年）
・加熱式タバコなど（種類　）（1日　／　年）
・電子タバコの使用（ ・あり ・なし ）

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願いします。

・吸わない
・やめた （・　年前 ・　ヶ月前 ・　日前 から禁煙）

受動喫煙：同居者で喫煙している人はいますか ・いる（喫煙者の続柄：　）・いない
アルコール：ほぼ毎日 ・ 時々（月に　日） ・ 飲まない ・ やめた
【酒　合、ビール　本、ウイスキー　杯】

(10) 血縁に次のような病気の方はありませんか。ご関係も記入してください。

緑内障　脳卒中　高血圧　心臓病　喘息　がん（　）　肝臓病
腎臓病　糖尿病　リウマチ　痛風　貧血　甲状腺の病気（　）
その他（　）

岐阜県総合医療センター　血液内科