

お薬手帳があれば
診察時にご提示ください

内科に受診の患者さんへ

年 月 日

氏名 _____ (年齢: _____ 歳) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

職業 (_____) スポーツ (_____)

- 今までに薬や注射でじんま疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？
はい いいえ
あればその薬品名をお書き下さい。(_____)

- どのような症状がありますか？
発熱 頭痛 せき たん 鼻水 のどの痛み 喘息
息切れ 胸がドキドキする 疲れやすい
血圧が高い 血圧が低い むくみ
食欲がない 胃が痛む 吐き気 腹痛 下痢 便秘 血便 嘔吐(もどす)
手足がしびれる 物忘れが多くなった めまい
その他 (_____)

- いつ頃からですか？(_____)

- 前にも同じ症状がありましたか？ はい いいえ

- 原因は？(_____)

- 現在他に何か薬を飲んでいますか？ はい いいえ

- 現在、妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか？ はい いいえ

- 今までに大きな病気にかかったことや、入院治療を受けたことがありますか？
はい いいえ

あればその病名をお書き下さい。(_____)

- ★最近海外旅行に行かれたか？ はい いいえ

「はい」の場合 いつ頃ですか？ _____ 月 初・中・下旬 旅行先は？ _____

生活習慣について

- お酒は飲みますか？ はい いいえ

- タバコは吸いますか？ はい いいえ

- ストレスは多いほうですか？ はい いいえ

- 生活は不規則ですか？ はい いいえ

裏面もご覧下さい

診療情報の活用について

医療の質の向上を目的とした学会等の発表（患者様個人を特定できないよう配慮する）や臨床研究のためのデータ収集等を目的として、患者様の診療情報を活用する事があります。なお、活用する診療情報の範囲は、診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、X線写真、その他診療の過程で患者様の身体状況、病状等について作成・記録された書面、画像等、診療を目的として病院が作成又は取得した記録等とします。

1. 上記、診療情報活用について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらの申し出は後からいつでも、撤回・変更等を行うことが可能です。