

診察申込書

診察予定日 月 日 曜日

主治医 _____ 先生

ご本人	フリガナ	保護者氏名	フリガナ
	氏名		氏名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳		性別 男 女	
住所(マンション名がある場合は、名前までご記入ください)			
〒			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先			
〒			
会社名		電話	
緊急連絡先			
〒			
緊急連絡先名		電話	

高雄病院をお知りになりましたのはどちらからですか。(下記の項目に○を付けて下さい。)

ご紹介

1 ご家族 2 知人 3 他医療機関(名: _____)

インターネット

1 高雄病院ホームページ 2 高雄倶楽部ホームページ 3 その他(名: _____)

その他書籍・雑誌等

1 ドクター江部のアトピー学校 2 主食を抜けば糖尿病は良くなる 3 その他(_____)

◇思い当たる症状があれば印をつけてください。

- のどがよくかわく
- 冷たい飲み物をよく飲む
- 温かい飲み物をよく飲む

- 食欲がない
- 食欲はあるけれど、少ししか食べられない
- つい、飲みすぎたり食べすぎたりする
- ストレスで、胃腸の具合が悪くなる
- 甘いものが好き
- 食後、眠くなる

- くちびるや舌にアフタ(ぶつぶつ)ができる
- くちが苦い感じがする
- くちがネバネバする

- 頭痛がある (部位:)
- 頭が重い感じがする
- 立つとき、めまいがする
- 頭から血の気がひくようなめまいがある
- 天井がぐるぐるまわるようなめまいがある
- 頭がカーツとのぼせる
- 首から上によく汗をかく

- ジーと蟬が鳴くような低音の耳鳴りがする
- キーンという高い音の耳鳴りがする
- 聴力低下、難聴がある

- 視力がおちた(近視・遠視・乱視)
- 夜、見にくくなった
- 目がかわく

- 鼻水がでる(透明・淡黄色・黄色・緑)
- 鼻がかわく
- 鼻がつまる

- のどが痛い
- のどに何かつまった感じがする
- 咳がある
- 痰がある
- 胸に圧迫感がある
- 胸痛がある
- 胸につまった感じがする
- 動悸、胸がどきどきすることがある
- 息切れがある
- 息が苦しい

- みぞおちがつかえる
- 胃のあたりが痛い(食後・食前・その他)
- 胃がもたれる
- はき気がする、むかむかする
- 酸っぱいものがこみ上げる

- お腹が痛い
- お腹が張った感じがある
- おならが多い(1日に3回以上)
- げっぷが多い

- 腰が痛い
- 足腰が重だるい

- 疲れやすい
- 疲労感がある
- イライラしやすい
- 怒りっぽい
- 決断するのに時間がかかる(優柔不断)
- 不安感がある
- 気が小さくなり、びくびくする
- 気分がふさがちで、ゆううつである

- なにもしないのに汗がでる
- 寝汗をかく
- 緊張してよく汗をかく (部位:)
- 体が寒い、ぞくぞくする
- 体が熱っぽい
- かぜをひきやすい

- 冷えがある (部位:)
- 手のひらや足の裏がほてる
- 冬でも、ふとんから足を出して寝る

- むくみがある (部位:)
- 乾燥肌である
- あおあざ(打ちみ)がよくできる
- 足の血管が目立つ、静脈瘤がある
- 爪がうすくてもろい
- 髪の毛が細く、ぬけやすい
- 筋肉がつりやすい
- しびれがある (部位:)
- 子宮脱、脱腸、胃下垂等の内臓下垂がある
- 体重が最近、急激にやせた
- 物忘れしやすい

- 今ある症状は疲れると悪化する
- 今ある症状はストレスで悪化する
- 今ある症状は温めると楽になる
- 今ある症状は冷やすと楽になる

- 冬が苦手
- 夏が苦手
- 雨など湿度が高い時は調子が悪い
- 晴れて湿度が低い時は調子が悪い
- 冷氣やクーラーが苦手
- 冬、寝るときに電気毛布や暖房をかける
- 温泉や風呂で温まるのが好き
- 長湯がきらい

● 睡眠時間について
入眠は()時、起床は()時

- 眠剤を使用することがある
- なかなか眠ることができない
- 眠りが浅く、すぐ目が覚める
- 夢が多い

● 1日のうち、おしっこの回数は何回ですか？
・起きているうちに〔 〕回
・夜、寝てから〔 〕回
・尿の色は〔透明・ふつう・濃い黄色・その他〕

- 焼けるような排尿痛がある
- 失禁することがある

● 大便の回数について
〔 〕日に〔 〕回排便する
下剤を使用することがある
便が軟らかい
下痢しやすい
早朝に大便(軟便)をする
大便が固く、便秘しがち
うさぎのようなこころした便がでる
便秘になったり下痢になったりする

● 飲酒は？
しない たまに ほぼ毎日 多量
・平均すると、一週間に()日飲む。
・どのようなものを飲まれますか？
〔 〕
・飲酒はいつ頃から？ ()才頃から

● タバコは？
すう 禁煙した 全く吸わない
・平均()本/日
・()才から()才まで喫煙

● アレルギーは？ ある ない
◎ お薬や飲食物に対してアレルギーがある場合、その名前を書いて下さい。

〔 〕
◎ 当てはまるものにチェックをしてください。
花粉症 アレルギー性鼻炎
アトピー性皮膚炎 ジンマシン
気管支喘息
その他〔 〕

◇ 女性のみ

● 月経について (閉経:)才
・周期は〔約 〕日
・期間は〔約 〕日

- 月経が不順
- 月経が遅れがち、又は月経がないときがある
- 月経の量が少ない、又は月経血がうすい
- 月経に血の固まりが混じる(どろどろ)
- 生理前に乳房が張った感じがする
- 生理痛がひどい
- 子宮筋腫がある

● 妊娠・出産について
・子供は()人
帝王切開したことがある・〔 〕才時

◇ 男性のみ

- 勃起しにくい、又はインポテンツがある
- ぼっきしやすい、早漏、夢精する

◇ 家族の病気について

● 家族や身内の中で長期通院、または入院された方がありますか。

○ 続柄〔 〕病名〔 〕
(治った・治療中・治療してない・死因)
○ 続柄〔 〕病名〔 〕
(治った・治療中・治療してない・死因)

◇ 職歴について(簡単で結構です)

〔 〕