

問 診 票

令和 年 月 日

これは診療をより良くするために参考にさせていただきます。該当する項目を○で囲んで下さい。

フリガナ	生年月日	年	月	日
受診者氏名	年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所 〒 -	電話	()		
	携帯電話	()		
ご本人以外の連絡先	電話番号			

体温 °C SpO2 %

- 今日はどのような症状で来院されましたか？
熱・咳・たん・喉の痛み・鼻水・発疹・頭痛・腹痛・むかつき・おう吐・下痢・胸痛・
動悸・息切れ・むくみ
その他の症状 ()
健診で異常を指摘・他院からの紹介 ()
- いつ頃からお気づきになりましたか？ 今日 日前 月前 年前
- 他の医療機関でみてもらったことがありますか？ (ない ・ ある)
どのような説明を受けましたか？
- 他院のお薬をのんでいますか？ (はい ・ いいえ)
薬の名前は？
- 注射や薬をのんでぶつぶつが出たり、気分が悪くなったことがありますか？
(ない ・ ある) 薬の名前は？
- アレルギー体質ですか？ (はい ・ いいえ)
喘息・かぶれ・じんましん・食べ物で腹痛や下痢・その他 ()
原因物質 (わかる場合)
- 今まで大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか？ (ない ・ ある)
病名
いつ頃？ 手術名
- ご家族で次のような病気にかかったことのある人がいますか？
高脂血症・心臓病・高血圧・肝炎・結核・癌・糖尿病・脳卒中・喘息・その他
- アルコール飲料はのみますか？ (いいえ ・ やめた ・ はい 合 ml)
- タバコはすいますか？ (いいえ ・ やめた ・ はい 本/日)
- 身長 cm 体重 kg 体重は (増加 ・ 不変 ・ 減少)
- けいれんを起こしやすい体質ですか？ (いいえ ・ はい)
- 女性の方で妊娠の可能性は？ (ない ・ ある) 最終月経開始日 令和 年 月 日
- 睡眠はとれていますか？ (はい ・ いいえ)
- 食欲はありますか (はい ・ いいえ)
- 便通はいかがですか 普通 ・ 便秘 ・ 下痢 1日 回
- あなたの病状説明をどなたにすればよろしいでしょうか？
- 家族構成は？ 人 夫 ・ 妻 ・ 子供 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()