問診票（内科・脳外科・外科）

フリガナ　　生年月日

お名前　　明・大・昭・平・令　年　月　日

あてはまるところに記入または☑をつけてください。　記入日　年　月　日

腋窩：	**℃**
SpO2：	**%**

●いつから、どのような症状がありますか？

・いつから？（例：○日前から）

・どのような症状ですか？該当する症状にチェックしてください。

☐ 発熱（体温：　℃）　☐ 腹痛　☐ 下痢（1日　回）　☐ 便に血が混ざる

☐ 便秘　☐ 腹部膨満感　☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 食欲がない　☐ のどの痛み

☐ 咳や痰　☐ めまい　☐ 動悸　☐ 息苦しい　☐ 体がだるい　☐ 頭痛

☐くしゃみ　☐鼻水・鼻詰まり

☐ その他(詳しくご記入ください)

・発熱外来の方は診察前に検査実施可能です。希望の方は下記にチェックをお願いします。

新型コロナウイルス検査☐あり　☐なし　**インフルエンザ検査**☐あり　☐なし

●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心筋梗塞・狭心症　☐ 不整脈　☐ 脳出血・脳梗塞

☐ がん（部位：　）　☐ その他（　）

●現在服用している薬はありますか？

☐ なし　☐ あり（薬品名：

※本日、お薬手帳はお持ちですか？　☐はい　☐いいえ

●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

☐ なし　☐ あり（食べ物名・薬品名：　）

●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？

☐ なし　☐ あり（病名：　病院名：　）

●お酒を飲みますか？

☐ いいえ　☐ はい（どれぐらい飲みますか：　）

（例；1日ビール350ml、日本酒1合、1週間に○○回程度など）

●タバコ（電子タバコ含む)を吸いますか？

☐ いいえ　☐ はい（1日の本数：　本）　☐ 禁煙した（　歳から）

●女性の方のみ

・現在妊娠中ですか？　☐ いいえ　☐ 可能性がある　☐ はい（妊娠　週）

・現在授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

●明細書の発行を希望されますか？

☐ する　☐ しない

一般財団法人 関東厚生福祉会
朝霞厚生病院