

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

身長 _____ cm 体重 _____ kg

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

●いつから、どのような症状がありますか？

腋窩： _____ °C

SpO2： _____ %

・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： _____ °C） 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)

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週間に〇〇回程度など）

●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