問診票（内科・脳外科・外科）

フリガナ

お名前

生年月日
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

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)

※症状に応じて必要な検査を診察前にさせていただきます。

●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