

# 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

年齢

年 月 日 （ 歳）

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？

・いつから？（例：○日前から）

腋窩：	°C
SpO2：	%

・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)

※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： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_
- 薬品名： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_

※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（どれくらい飲みますか： \_\_\_\_\_ ）
- （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