

問診票（内科・脳外科・外科）

フリガナ

生年月日

明・大・昭・平・令

年齢

お名前

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