

問診票

ID _____ 男 身長 _____ c m 職業 _____
 氏名 _____ (_____ 歳) 女 体重 _____ k g 体温 _____ °C

1. どの具合が悪くて受診なさいましたか？

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 痰が出る | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 息が切れる | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> ぜいぜいする |
| <input type="checkbox"/> 胸やけがする | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> だるい | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 眠れない |
| <input type="checkbox"/> 首すじが痛い | <input type="checkbox"/> 背中が痛い | <input type="checkbox"/> 腰が痛い | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 | <input type="checkbox"/> 紹介状を持参 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断 | <input type="checkbox"/> にんにく注射 | <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 | <input type="checkbox"/> プラセンタサプリメント | |
| <input type="checkbox"/> A G A | <input type="checkbox"/> E D | <input type="checkbox"/> その他 | | |

※いつ頃からですか？

- 今日 (_____) 時頃 昨日 (_____) 時頃 2～3日前 1週間前
 10日前 2～3週間前 1ヶ月前 その他

※その症状にて他の病院で診察を受けましたか？ 受けない・受けた

2. 現在服用しているお薬はありますか？ ない・ある

お薬手帳はありますか？ ない・ある・忘れた

3. アレルギーはありますか？ ない・ある

(薬のアレルギー： _____)
 (その他のアレルギー： _____)

4. 今日、お食事はしてきましたか？ いいえ・はい (_____) 時頃に食べた

5. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい・わからない

授乳中ですか？ いいえ・はい

6. 今までに何か病気で治療 (入院・通院) をしたことがありますか？

ない・ある

(病名 _____ いつ頃 (_____) (病院名 _____)

(病名 _____ いつ頃 (_____) (病院名 _____)

7. 今までに手術を受けたことはありますか？

ない・ある

(何の手術ですか？ _____) いつ頃 (_____) (病院名 _____)

8. アルコール 飲まない・時々飲む・毎日飲む

9. たばこ 吸わない・ (_____) 歳にやめた・吸う1日約 (_____) 本 (_____) 歳頃から