

<問 診>

記入日 年 月 日

受診するにあたり、よりよい診察が出来るように以下の質問にお応え下さい。

氏名 _____ 様

- いつ頃から、どのような症状がありますか？ご記入ください。(該当は○)
月 日 () の 午前 / 午後 頃から
発熱 (°C) / 咳 / 痰 (淡い白 黄色 緑) / 息が苦しい (吸う時、吐く時)
頭痛 / 首の痛み / めまい (まわる ゆれる) / 吐き気
下痢 (水のような便 ・ 軟便 回) / 便秘 (日) / 湿疹
腹痛 胸痛 () 膝痛 腰痛 関節痛
・現在の症状 ()
- 現在の症状で受信する前にどこかで診察を受けましたか？ (受けない ・ 受けた)
月 日頃 病院名 () 飲んでいる薬 ()
- 現在、他の病院に通院していますか？ (いる ・ いない)
病名 () 使用している薬 ()
- 現在までに、かかったことのある病気をご記入ください。
高血圧 (歳) 糖尿病 (歳) 心臓病 (歳) 肝臓病 (歳)
脳梗塞 (歳) 脳出血 (歳) 胃腸障害 (歳) 婦人科疾患 (歳)
その他 () 輸血を受けた事がありますか？ (はい 歳の頃 ・ いいえ)
- 現在までに、入院・手術を受けた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
歳の時 病名 () 病院名 ()
- 蕁麻疹などアレルギー体質がありますか？ (ある ・ ない) ある場合該当に○
薬剤 ・ 食べ物 < > / 花粉症 / アトピー性皮膚炎 / 喘息 / その他 ()
- 現在の生活についてお尋ねします。
・タバコ (吸わない ・ 吸う1日 本) ・睡眠 (良 ・ 普通 ・ 不眠 ・ 時間)
・排尿 (日中 回 ・ 夜間 回) ・排便 (日 回)
・飲酒 (飲まない ・ 飲む→ < 毎日 / 時々 > < ビール ・ 酒 ・ 焼酎 >) 量 ()
現在介護保険を利用 (していない ・ している 施設名)
介護度 (要介護 ・ 要支援)

病院記入欄

身長 _____ c m 体重 _____ k g
血圧 _____ / _____ 体温 _____ °C 脈拍 _____ S p O₂ _____ %
