

< 問 診 >

平成 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答え下さい。

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 (吸うとき、はく時)
 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 (_____)
- 現在の症状で受診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 (_____) 使用しているお薬 (_____)
- 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	_____ cm	体重	_____ kg			
血圧	/	体温	_____ °C	脈拍	_____ SpO ₂	_____ %