

問 診 表

ふりがな
お名前

様

才

ご住所

電話

携帯

◎今日はどのような理由で来院されましたか？

- 1) いつから ()
- 2) どのような症状がありますか？○で囲んでください
頭痛 咽頭(のど)痛 咳 (日中によく出る 夜間によく出る 痰がからむ)
鼻汁 痰 (透明 白 黄 緑)
腹痛 胃痛 むかつき 食欲 (あり・なし)
嘔吐・・・いつから _____ 回 下痢・・・いつから _____ 回
本日の食事(何時に食べた 食べていない)
水分補給はできますか？(はい いいえ)
その他()

体温 °C
血圧 / mmhg
P 回/分 SpO2 %
W t kg

初めて来院された方へ

- 1) 今まで病気をしたり、手術を受けたことがありますか？ (ない ・ ある)

ある場合→ 高血圧症 ・高脂血症 ・糖尿病 ・心臓の病気 ・肝臓の病気
・腎臓の病気 ・肺の病気 ・脳卒中 ・喘息 ・癌()
・虫垂炎 ・その他

- 2) 現在、飲んでいる薬はありますか？ ない ・ ある
ある場合、薬名がわかったら、ご記入ください。()

- 3) 今まで輸血を受けたことがありますか？ ない ・ ある
- 4) アレルギーがありますか？ ・ なし ・ ある→原因は？()
- 5) 花粉症がありますか？ ・ なし ・ ある→原因は？()
- 6) タバコを吸いますか？ ・ 吸う (1日平均 本) ・ 吸わない
・ 過去に吸っていた (才 ~ 才まで 本/日)
- 7) お酒は飲みますか？ ・ 飲む (お酒の種類 量)
・ 飲まない