

カルテ番号 _____

問診表

受診日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 () 歳 性別 男・女

☎ _____

住所 〒 _____ 県・府 _____ 市 _____

身長 () cm 体重 () kg 体温 () °C 血圧 () mmHg HR () 回/分 SpO2 () %

① てきばき見てほしい・詳しく説明してほしい・お薬がほしい・検査してほしい・紹介してほしい・()

② 症状はいつからですか? ()

③ どのような症状ですか? ()

熱・咳(かいた咳・ゴロゴロ)・痰(透明～白・黄・緑)・息切れ・呼吸苦・鼻水・鼻づまり
のどの痛み・頭痛・胸痛・上腹部痛・下腹部痛・関節痛・背部痛・腰痛・排尿時痛・血尿
吐き気・嘔吐・便秘・下痢・めまい・ふらつき・ボーっとする・麻痺・しびれ・ろれつがまわらない

* 健診で異常を指摘された(採血・心電図・肺機能検査・レントゲン・尿検査・その他) ()

* けが ()

④ 既往歴 : 高血圧・糖尿病・コレステロール/中性脂肪・前立腺肥大・緑内障・脳出血・脳梗塞
狭心症/心筋梗塞(ステント あり・なし)・気管支喘息・肺気腫・間質性肺炎・逆流性
食道炎・胃潰瘍/十二指腸潰瘍・肝臓病・B型肝炎・C型肝炎・腎臓病・リウマチ
がん () その他 ()

手術歴 : ()

⑤ 家族歴 : 特になし・()

⑥ アレルギー (なし・あり : 食べ物 _____ 薬 _____ その他 _____)

感染症 (なし・あり : B型肝炎・C型肝炎・その他 _____)

⑦ お薬 : 今飲んでいるお薬 (なし・あり :)

* 右記のものは○をつけてください : 血をサラサラにする薬・ステロイド・免疫抑制剤・抗がん剤・ホルモン薬

⑧ アルコール : 飲まない・機会飲酒(たまに)・毎日飲む (種類 : 量 :)

⑨ たばこ : なし・あり () 歳～ () 歳まで () 本/日 現在喫煙・過去喫煙・禁煙中

⑩ アスベスト(石綿)曝露歴 : (なし・あり) ペット飼育歴 (鳥・犬・猫・その他) ()

* 女性のみ 妊娠していますか? (いいえ・はい) 授乳していますか? (いいえ・はい)

⑪ どこで当院をお知りになりましたか? 紹介 : ()

通りすがり・チラシ・看板・インターネット・口コミ・もともとかかりつけの病院・その他 ()