

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
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(かわいた咳・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 ()
- ⑤ アレルギー (なし・あり : 食べ物 _____ 薬 _____ その他 _____)
- ⑥ 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
- ⑦ 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)