

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

電話番号 _____

住所 〒 _____ 県・府 _____ 市 _____

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

- ① てきぱき見てほしい・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 どのような症状ですか？ _____
- ③ 症状はいつからですか？ _____
- ④ 既往歴： 高血圧症・糖尿病・高コレステロール血症・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・腎臓病
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・リウマチ
がん（ ） その他（ ）
- ⑤ アレルギー： なし・あり： _____
感染症： なし・あり： B型肝炎・C型肝炎・その他 _____
- ⑥ 今飲んでいるお薬： なし・あり： _____
- ⑦ アルコール： 飲まない・機会飲酒（たまに）・毎日飲む
- ⑧ たばこ： なし・現在喫煙・過去喫煙・禁煙中（ ）歳～（ ）歳まで（ ）本/日
- ⑨ アスベスト（石綿）曝露歴：（なし・あり） ペット飼育歴（犬・猫・その他 _____）
- ⑩ 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？ 看板・インターネット・口コミ・紹介（ ）