

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 ( ) HR ( ) 回/分 SpO2 ( ) %

① ときばき見てほしい・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 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 : \_\_\_\_\_

⑥ 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 )