

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 性別 男・女

☎ _____

住所 〒 _____ 県・府 _____ 市 _____

身長 () cm 体重 () kg 体温 () °C 血圧 () mmHg 脈拍 () 回/分

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 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

吐き気・嘔吐・便秘・下痢・めまい・ふらつき・ボーッとする・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 : 糖尿病・高血圧・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・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 : () 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 _____)

⑪ *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)

⑫ 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(_____)