

問診表 受診日 年 月 日

カルテ番号 _____ フリガナ
お名前 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 : ()

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)