

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 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 : _____

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)