

< 問 診 >

平成 年 月 日

受診するにあたり、よりよい診察が出来るように以下の質問にお答え下さい。

氏名 \_\_\_\_\_ 様

- いつ頃から、どのような症状がありますか？ご記入ください。(該当は○)  
 月 日 ( ) の 午前 / 午後 \_\_\_\_\_ 頃から  
 発熱 ( \_\_\_\_\_ °C) / 咳 / 痰 (淡い白 黄色 緑) / 息が苦しい (吸うとき、はく時)  
 頭痛 / 首の痛み / めまい (まわる ゆれる) / 吐き気  
 下痢 (水のような便・軟便 \_\_\_\_\_ 回) / 便秘 ( \_\_\_\_\_ 日) / 湿疹  
 腹痛 胸痛 ( \_\_\_\_\_ ) 膝痛 腰痛 関節痛  
 ・現在の症状 ( \_\_\_\_\_ )
- 現在の症状で受診する前にどこかで診察を受けましたか？ (受けない・受けた)  
 月 日頃 病院名 ( \_\_\_\_\_ ) 飲んでいる薬 ( \_\_\_\_\_ )
- 現在、他の病院に通院していますか？ (いる・いない)  
 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 使用しているお薬 ( \_\_\_\_\_ )
- 現在までに、かかったことのある病気をご記入ください。  
 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳) 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳) 心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳) 肝臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
 脳梗塞 ( \_\_\_\_\_ 歳) 脳出血 ( \_\_\_\_\_ 歳) 胃腸障害 ( \_\_\_\_\_ 歳) 婦人科疾患 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ ) 輸血を受けた事がありますか？ (はい \_\_\_\_\_ 歳の頃・いいえ)
- 現在までに、入院・手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)  
 歳の時 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )
- 蕁麻疹などアレルギー体質がありますか？ (ある・ない) ある場合該当に○  
 薬剤・食べ物 < \_\_\_\_\_ > / 花粉症 / アトピー性皮膚炎 / 喘息 / その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 現在の生活についてお尋ねします。  
 ・タバコ (吸わない・吸う 1日 \_\_\_\_\_ 本) ・睡眠 (良・普通・不眠・ \_\_\_\_\_ 時間)  
 ・排尿 (日中 \_\_\_\_\_ 回・夜間 \_\_\_\_\_ 回) ・排便 ( \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 回)  
 ・飲酒 (飲まない・飲む → <毎日 / 時々> <ビール・酒・焼酎>) 量 ( \_\_\_\_\_ )  
 現在介護保険を利用 (していない・している 施設名 \_\_\_\_\_ )  
 介護度 (要介護 \_\_\_\_\_ ・要支援 \_\_\_\_\_ )

病院記入欄

身長	_____ cm	体重	_____ kg			
血圧	/	体温	_____ °C	脈拍	_____ SpO <sub>2</sub>	_____ %