

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな		年齢	職業
氏名		歳	

身長 cm 体重 kg 血圧 / 脈拍 体温 °C
SPO2 % (看護師測定)

どうなさいましたか

具合が悪い 検査希望 転院希望 予防注射

どんな症状がありますか

発熱 鼻水 のどの痛み せき たん 頭痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘
腹痛 胃痛 胸痛 動悸 息切れ めまい 体重減少 のどの渇き 頻尿

いつ()から

現在治療中の病気や内服中の薬はありますか？

ない ・ あり

病名： 薬の名前：

今までに入院や手術をしたことがありますか？

ない ・ あり

血縁に次の病気の方はおられますか？

高血圧 糖尿病 脂質異常症 腎臓病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌

内服薬・注射・食品などのアレルギー(副作用)がありますか？

ない ・ あり

種類： 症状：

大人の方にお聞きします

アルコールを 飲まない ・ 飲む
何()を 頻度(毎日・週に 日・時々) 量(ml ・ 合)
たばこ(電子たばこを含む)を 吸わない ・ 吸う ・ 吸っていた
歳から 1日平均 本くらい 歳まで

女性の方にお聞きします

妊娠 ない ・ あり (妊娠 ヶ月) 授乳 ない ・ あり (子供 ヶ月)