

4月~10月

問診票(初診・大人用)

ID

年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
名前					
住所	〒				
電話	(携帯)				

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱 せき 鼻水 鼻詰まり 息切れ 息苦しい たん
 頭痛 ノドの痛み 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢
 いびき 無呼吸 禁煙外来 その他 (_____)

●その症状はいつからですか？

- 今日 昨日 月 日頃から
 発熱の方⇒ 月 日 時頃から⇒ 高い時何℃ありましたか？ (°C)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

- 高血圧 糖尿病 喘息 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中
 前立腺肥大症 緑内障 癌 (_____) その他 (_____)

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

- なし あり (_____)

※お薬手帳はお持ちですか？ なし あり ⇒ 受付へお出してください。

●アレルギーはありますか？

- なし あり
 食べ物 (_____)
 薬 (_____)
 その他 (_____)

●嗜好品についてお答え下さい。

- 喫煙 なし あり
 (_____ 本/日) (_____ 年前) にやめている
 アルコール なし あり
 (種類と量 _____)

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ はい ⇒ ケ月 出産予定日 月 日

●授乳中ですか？

- いいえ はい

スタッフ記載

<バイタル>	
BT	_____ °C
P	_____ 回/分
BP	_____ / _____ mmHg
SpO2	_____ %