

問診票

年 月 日

お名前	ふりがな

◆ 本日は どうなさいましたか？

- ・具合が悪い
- ・転院したい → 紹介状はありますか？(はい / いいえ)
- ・病気について相談したい
- ・健診で引っかかった → 健診結果や紹介状はありますか？(はい / いいえ)
- ・その他()

体温	℃
----	---

◆ いつからどのような症状がありましたか？

いつ頃からですか？

() 日前から

どんな症状がありましたか？

熱(°C) 頭痛 関節痛 のどの痛み 胸の痛み
鼻水 嘔吐 吐気 腹痛 下痢 胃痛 食欲がない
動悸 息切れ めまい 疲れやすい だるい 咳 痰

その他()

【咳・風邪症状、下痢のある方にお聞きします】

1か月以内に海外に行きましたか？

いいえ

はい → 国名・地域()

◆ 皆さんにお聞きします

現在治療中の病気はありますか？(例: 高血圧、糖尿病、高コレステロール血症など)

いいえ

はい → 病名:

現在飲んでいるお薬はありますか？

ない

ある → お薬手帳はお持ちですか？ ある ・ ない

今までに何か大きな病気で治療(手術)を受けたことがありますか？(盲腸、喘息など)

ない

ある → 病名(いつ頃):

薬や注射でじんましんなどアレルギー反応が出たことはありますか？

ない

ある → 薬名:

【女性のみお答えください】

前回の月経はいつですか？ → 月 日から 日間 (定期・不定期)

→ 閉経: 歳

現在妊娠していますか？ → はい(ヶ月) ・ いいえ

現在授乳をしていますか？ → はい ・ いいえ