

問診票

ID

年 月 日

フリガナ

氏 名

性別 男・女

身長 cm

生年月日 年 月 日

年齢 歳

体重 kg

住所 〒 -

現在の体温 °C

SpO2 %

連絡先 - -

◎本日はどうなさいましたか？

◎今までにかかった病気や治療中の病気を教えてください。

◎ご家族で今までにかかった病気や治療中の病気を教えてください。

高血圧 糖尿病 脂質異常症 喘息
脳卒中 心臓病 がん 肝臓病
その他()

◎薬のアレルギーはありますか？ なし あり ()
食物のアレルギーはありますか？ なし あり ()
その他：

◎現在飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は出していただければ結構です)
なし あり (薬品名：)

◎同居のご家族はいますか？

祖父 祖母 父 母 兄弟姉妹 配偶者 子 (人) 単身

◎飲酒の有無 飲まない 飲む 以前飲んでいて
喫煙 吸わない 吸う 以前吸っていた
種類： 1日あたり 本 1回に飲む量： 年間

◎女性の方へ
妊娠の可能性
授乳の有無
最終月経

ない ある 妊娠中 (週目)
授乳していない 授乳している
月 日 日間 閉経している

◎検診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり