

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 ()食べ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 以前飲んでいた

喫煙

 吸わない 吸う 以前吸っていた

種類：

1回に飲む量：

1日あたり

本

年間

◎女性の方へ

妊娠の可能性

 ない ある 妊娠中 (週目)

授乳の有無

 授乳していない 授乳している

最終月経

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