

# 問診票

受診日 20 年 月 日

氏名	性別	生年月日(年齢)
ふりがな	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( )
		電話番号
住所	自宅: — —	
〒 -	携帯: — —	
	緊急時の連絡先(関係)	
	— — [ ]	
	※転院等が必要な場合、連絡することがあります。	
主訴 (一番気になる症状を○で囲んでください)		
頭痛・めまい・もの忘れ・しびれ・意識消失・外傷・交通事故・高血圧・他院より紹介・その他		

◆本日は、どうされましたか？

( )

◆それは、いつですか？ また、いつからですか？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 ごろ (突然・だんだん・時々)

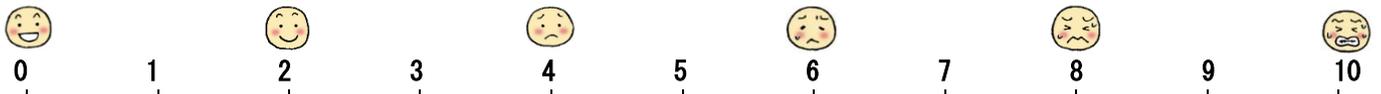
◆この症状は、どのように変化してきていますか？

変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている

◆この症状について他の病院に受診しましたか？

いいえ・はい (病院名 \_\_\_\_\_) 検査を受けた 処方を受けた)

◆今日1番気になっている症状は、どれくらい辛いですか？数字に○を付けてください。



全く症状が無い

これ以上耐えられないほど辛い

① 既往歴 (今までにかかった病気・ケガ、入院、手術など)

( \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 入院 手術 輸血)

( \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 入院 手術 輸血)

② 感染症 無・有・以前あり B型肝炎 C型肝炎 HIV その他 ( )

③ 現在通院中の病院 (今回の症状以外で)

1) 病院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 薬の処方 有・無 \_\_\_\_\_

2) 病院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 薬の処方 有・無 \_\_\_\_\_

※お薬手帳を持参の場合は、受付に提出してください。

④ 嗜好品 1) 喫煙: 吸わない・以前吸っていた・吸う (1日 \_\_\_\_\_本 \_\_\_\_\_歳 ~ \_\_\_\_\_歳)

2) 飲酒: 飲まない・飲む (種類 \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_杯 週 \_\_\_\_\_回程度/機会飲酒)

⑤ 食べ物や薬のアレルギー なし ・ あり ( )

●女性の方のみ差し支えなければ記入をして下さい。

・現在、妊娠中または妊娠をしている可能性はありますか？ いいえ・はい ( \_\_\_\_\_週)

・現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

・現在、生理中ですか？ いいえ・はい

(看護師記入欄 BP: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_)