

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)

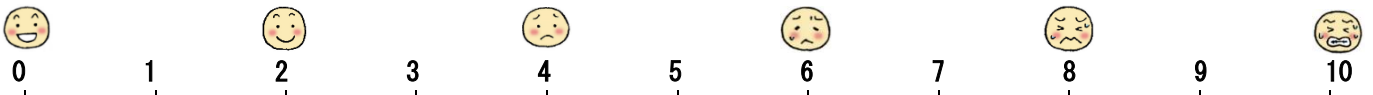
◆この症状は、どのように変化してきていますか？

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: _____)