

問診票（成人用）

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		女	(年齢)		(歳)	

現在の体温 () °C

今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします							
<input type="checkbox"/> 発熱（最高	°C)	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 咳・たん	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり		
<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 食欲がない			
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 発疹・湿疹		
<input type="checkbox"/> その他 ()							
上記症状はいつからですか？ ⇒ _____ から							
今回の症状で当院以外に受診された病院はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							

※3か月以内に受診歴のない方あるいは変更のある方は下記もご記入ください

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？							
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 癌	
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 脳出血／脳梗塞					
<input type="checkbox"/> その他 ()							
過去に手術や入院をしたことはありますか？							
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（病名	いつ？)			
現在服用中のお薬はありますか？							
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（お薬名)					
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？							
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（お薬や食べ物の名前)					
お酒はのみますか？							
<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む	週 () 日	種類・量 ()	を () mL・合			
タバコは吸いますか？							
<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う	1日 () 本	<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた⇒ () 年前にやめた				

※女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい () 週目
授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

※当院をはじめて受診される方あるいは変更のある方は下記もご記入ください

住所	〒	
電話番号	(自宅)	(携帯)