ＩＤ＿＿＿＿＿＿

# 問　診　票

院内測定体温＿＿＿＿＿＿℃

下記の項目について記入もしくは〇で囲んでください。　　平成　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成<br>年　　月　　日生 | | |
| お名前 | | | | | |
| ご住所 | 〒 | 電話 | (自宅)<br>(携帯) | 身長 | cm |
| | | | | 体重 | kg |

（1） 今日は、どうなさいましたか？

□熱がある　□寒気がする　□身体がだるい　□喉が痛い　□せきがでる
□たんがでる　□鼻水がでる　□鼻水がつまる　□頭痛がする　□頭が重い
□食欲がない　□吐き気がする　□下痢をする　□お腹が痛い　□胃が痛い
□その他（　　）

（2） それは、いつごろからですか？　⇒　（　　）

（3） 現在、または今までにかかっている病気はありますか？

ない　　ある　⇒　・心臓病　・肝臓病　・腎臓疾患　・肺疾患　・脳疾患
・人工透析　・糖尿病　・高血圧症　・低血圧症
・リウマチ　・喘息　・その他（　　）

（4） 現在病院で処方されていて飲んでいる薬がありますか？

ない　　ある　⇒　薬剤名（　　）

（5） 現在市販薬（ビタミン剤、健康食品など含む）の利用はありますか？

ない　　ある　⇒　製品名（　　）

（6） ①今までに飲み薬、注射、食べ物で発疹・吐き気・呼吸困難等が起きたことはありますか？

ない　　ある　⇒　薬剤・食べ物名（　　）

②今までに貼り薬や、塗り薬でかぶれたことはありますか？

ない　　ある　⇒　薬剤名（　　）

（7） ご家族（両親・叔父・叔母・兄弟等）で以下の病気に該当する方がいらっしゃいますか？

いない　　いる　⇒　・高血圧症　・糖尿病　・心臓病　・癌　・突然死
・高脂血症　・遺伝病

（8）①アルコールは　飲まない　／　飲む⇒・ﾋﾞｰﾙ　・日本酒　・ﾜｲﾝ　・ｳｲｽｷｰ　・焼酎　を
１日（　　）ml くらい（　　）年間

②タバコは　喫煙歴なし／過去に喫煙していたことがある／現在喫煙している
⇒　１日（　　）本くらい（　　）年間

（9）女性の方にお尋ねします。　現在、妊娠中ですか？

いいえ　　はい（　　ヶ月）　　授乳中

＊ありがとうございました。受付にお願いいたします＊