

問 診 票

【記入年月日】令和 年 月 日

ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 () 歳
ご住所	〒 電話番号 () -			
緊急連絡先	電話番号 () -	続柄		

こちらの欄は スタッフが記入します	
身長	cm
体重	kg
腹囲	cm
体温	°C
血圧	mmHg ~ mmHg
脈拍	
SPO ₂	%

(1) 今日はどうされましたか。いつ頃から、どのような症状がありますか。

(2) 現在、他の医療機関に通院されていますか。
いいえ ・ はい (病名) (医療機関名)

(3) 現在、服用しているお薬はありますか。
いいえ ・ はい (お薬の名前)

(4) 今までにかかった病気はありますか。また、入院や手術をされたことはありますか。
いいえ ・ はい (病名や手術名)

(5) 家族構成を教えてください。同居されているご家族はいらっしゃいますか。
いない (一人暮らし) ・ いる (「いる」と答えた方は同居のご家族を記入してください。(例：母、夫、息子))
*キーパーソンはどなたですか。 ()

(6) 今までにお薬、注射、食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか。
いいえ ・ はい (「はい」と答えた方は詳しく教えてください。)

(7) お酒は飲みますか。一日に何をどのくらい飲みますか。
いいえ ・ はい (例：缶ビールを2本)

(8) たばこは吸いますか。
いいえ ・ はい (一日に 本)

(9) 女性の方のみお答えください。
①現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ はい (ヶ月) ②現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい
③閉経された方は、何歳の時ですか。 () 歳

