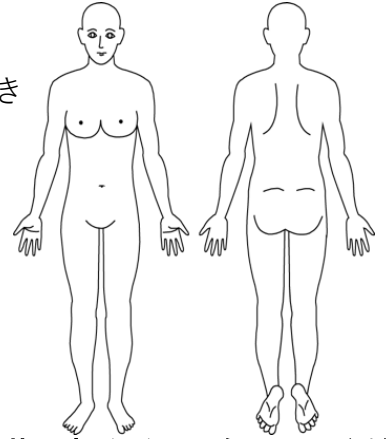


内科問診票

氏名		年齢	才		
体温	°C	血圧・脈・SPO2	BP =	P =	SPO2 =
最後に食事をした時間は何時ですか？			月	日	時

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 痛いところがある (痛いところ：)
- 熱がある (月 日 °C) 悪寒 倦怠感 咳 痰 鼻水・鼻つまり
- 吐き気 嘔吐 胃が痛い 胸やけ 胃がもたれる 食欲低下
- 便に血が混じる 便秘 下痢 (軟便・泥状・水様)
- 尿に血が混じる 排尿時に痛みがある めまい・ふらつき
- 血圧が気になる 動悸・息切れ 心臓が気になる
- 健康診断で指摘された (項目：)
- 紹介された (病院名：)
- その他 ()



症状のある所に○をつけてください

気になる症状はいつ頃からありますか？

現在、治療中の病気はありますか？ なし あり

高血圧・脂質異常・糖尿病・心臓の病気・甲状腺の病気・前立腺肥大・肺結核・喘息・白内障・緑内障
その他：

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり

本日、お薬手帳をお持ちでない方は飲んでいる薬の名前をご記入ください

過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか？ なし あり

① 才：病名 ② 才：病名
③ 才：病名 ④ 才：病名

お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ なし あり

喫煙・飲酒についてお伺いします

喫煙 吸わない 吸う (本/日) 禁煙した

飲酒 飲まない 飲む (週 日 ml程度)

女性の方にお伺いします

妊娠中 (妊娠 才月) 妊娠していない 妊娠の可能性がある 授乳中 閉経している

(閉経前の方) 前回の生理はいつでしたか？ (月 日 日間)