

# 問診票（内科）

フリガナ  
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>どのような症状で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>胸痛    <input type="checkbox"/>動悸    <input type="checkbox"/>息切れ    <input type="checkbox"/>胸の圧迫感    <input type="checkbox"/>手足のむくみ</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛    <input type="checkbox"/>咳・痰    <input type="checkbox"/>鼻水    <input type="checkbox"/>体がだるい    <input type="checkbox"/>筋肉痛・関節痛</p> <p><input type="checkbox"/>食欲がない    <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>熱がある (本日の体温    °C)</p> <p>→ <input type="checkbox"/>10日以内に人ごみ (デパート・繁華街など) へ行った。</p> <p><input type="checkbox"/>まわりに同じ症状の人がいる、</p> <p><input type="checkbox"/>38°C以上の熱がある (あった    月    日～    月    日)。</p> <p><input type="checkbox"/>1ヶ月以内に海外へ行った、または海外渡航者と接触した。</p> <p>(    月    日～    月    日まで。 国名:    )</p>
2	<p>いつ頃からその症状はでましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>本日    <input type="checkbox"/>昨日    <input type="checkbox"/>2～3日前    <input type="checkbox"/>1週間前</p> <p><input type="checkbox"/>それより前 (    月    日から)    <input type="checkbox"/>不明</p>
3	<p>受診理由がほかにある方はこちらにご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>予防接種 (    ) のワクチン / 予約 (済・未)</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断で指摘された (    について)</p> <p><input type="checkbox"/>慢性疾患の通院希望 (他院からの治療継続)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (    )</p>
4	<p>現在治療中、または今までかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧    <input type="checkbox"/>糖尿病    <input type="checkbox"/>心臓病    <input type="checkbox"/>脳梗塞    <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓病    <input type="checkbox"/>高脂血症    <input type="checkbox"/>喘息    <input type="checkbox"/>その他 (    )</p> <p><input type="checkbox"/>手術 (    年    月    ) の手術:    病院)</p>
5	<p>現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい (    )</p>
6	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい 薬 (    ) 食べ物 (    )</p>
7	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい (施設名:    )</p>
8	<p>女性の方のみお答えください。</p> <p>● 現在妊娠中ですか？    <input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい</p> <p>● 現在授乳中ですか？    <input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい</p>