

問診票

ID:

体温: °C

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令 (西暦)	年 月 日 ()歳
氏名				
住所	〒() ()			
電話番号	自宅() - 携帯() -	※差し支えなければご記入ください 身長:()cm 体重:()kg		
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息苦しい・息切れ <input type="checkbox"/>胸が痛む <input type="checkbox"/>脈が速い・遅い <input type="checkbox"/>血圧が高い <input type="checkbox"/>血圧が低い</p> <p><input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>背中が痛い <input type="checkbox"/>歩きつづけると足がだるくなる</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>熱(°C) <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/>咳・たん <input type="checkbox"/>吐き気</p> <p><input type="checkbox"/>めまい・ふらつき <input type="checkbox"/>健康診断のため <input type="checkbox"/>その他</p>				
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約()日・週間・ヶ月・年前から</p>				
<p>※動悸や胸の痛み、背中の痛みがある方へ 今も動悸や痛みはありますか？ <input type="checkbox"/>今はない <input type="checkbox"/>今もある</p>				
<p>検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>癌(部位) <input type="checkbox"/>その他()</p>				
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p>				
<p>ご家族(血縁のかた)に病気の方がいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>癌 <input type="checkbox"/>その他</p>				
<p>現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメントも含む)はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり() <input type="checkbox"/>お薬手帳持参あり</p>				
<p>喫煙、飲酒について教えてください。</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(本/日× 年間) ：<input type="checkbox"/>禁煙した(年前から。それまで喫煙(本/日× 年間))</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む(週 日) 種類・量()</p>				
<p>食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p>				
<p>特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。</p>				
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>				
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>紹介() <input type="checkbox"/>その他()</p>				

