

問 診 票

名前 _____ 年齢 _____ 歳 体温 _____ °C

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 本日の症状に当てはまるものを○で囲んで下さい。

熱 咳 痰 鼻水 喉の痛み ぜいぜいする 息苦しい 関節痛 だるい

胸痛 胃痛 腹痛 頭吐き気 嘔吐 (回/日) 下痢 (回/日)

その他：

2 症状はいつからですか？

3 現在他の病院にかかっていますか？

いいえ ・ はい (病院名： _____)

(病 名： _____)

(いつ頃： _____ 年 _____ 月)

(内服薬： _____)

↳ お薬手帳をお持ちの方はお渡してください。

4 入院、手術、しばらく通院した病気にかかった事がありますか？

いいえ ・ はい (病 名： _____)

(いつ頃： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

5 アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (花粉 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎)

(合わない薬の名前： _____)

(合わない食品の名前： _____)

6 最近受けたワクチンがありますか？

いいえ ・ はい (ワクチン名： _____)

(接種年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

7 タバコを吸っていますか？

はい (1日 _____ 本 × _____ 年)

いいえ ・ 以前は吸っていた (1日 _____ 本 × _____ 年)

禁煙歴 (_____ 年 _____ ヶ月)

8 血縁関係で喘息の方はいますか

いいえ ・ はい (続柄： _____)

9 飲酒はしますか？

いいえ ・ はい

10 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (_____ 週)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい