

問 診 票

名前 _____ 年齢 _____ 歳 体温 _____ °C

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 頭痛 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 _____ 日)

(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はありますか?

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