

問 診 票

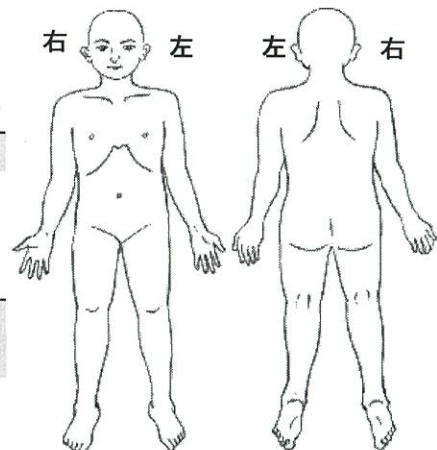
フリガナ		性別	紹介状
氏名		男・女	有・無 (CD-ROM 有・無)
生年月日	年	月	日 (満)
身長	cm	体重	kg 体温

①どのような症状でご来院されたかご記入ください。(原因と思われることなど)

(該当があれば○をして下さい: 交通事故・通勤途中や仕事中のケガ)

②その症状はいつごろからですか?

<input type="checkbox"/> 本日(時頃)	<input type="checkbox"/> (日前)
<input type="checkbox"/> (ヶ月前)	<input type="checkbox"/> (年前)
<input type="checkbox"/> その他()	



③症状のある身体の部分に○をつけて、該当があれば下記にチェックしてください。

- 発熱 嘔吐 下痢
- 健診で異常を指摘された。
- この中の項目に当てはまる項目はない

④現在身の回りに同じような症状の人はいますか? はい いいえ

⑤アレルギーはありますか?

- 薬物 食物 (該当する食物:) アルコール (綿) で皮膚が発赤
- ヨード剤 (イソジン) で皮膚が発赤 その他 (花粉、ハウスダスト、動物など)
- 特にない ()

⑥いつも飲んでいる薬はありますか?

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

お薬手帳を持参していますか? ※ご持参なさっている方は、薬の名称の記入は不要です。

はい いいえ (薬名:)

⑦今までに薬の副作用が出たことはありますか?

はい (薬名:) いいえ

⑧これまでに手術を受けたことがありますか?

はい (部位:) いいえ

⑨これまでに何か大きい病気をしたことがありますか?

はい (傷病名:) いいえ

⑩これまでに何か病気を指摘されたことがありますか?

()

⑪タバコは吸いますか?

はい いいえ やめた

喫煙本数1日 本 喫煙年数 年 何年前から禁煙していますか 年前

⑫アルコールは飲みますか?

はい いいえ やめた

どのくらいの頻度で飲みますか 飲酒日の1日あたりの飲酒量 何年前から禁酒していますか 年前

 週 回 合

⑬信仰や他の理由で入院生活や治療に制限がありますか?

はい いいえ

どのような制限ですか:

⑭最近(1ヶ月以内)に海外に行きましたか?

はい いいえ

 国名: