

問診票

記入日

年 月 日

(糖内・血内・消内・循内・総診・呼内・脳外・脳内・外科・血管外・整形・皮膚・眼科・耳鼻)

氏名

男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳

体温

°C

脈拍

回

血圧

/

mmHg

SPO2

%

身長

c m

体重

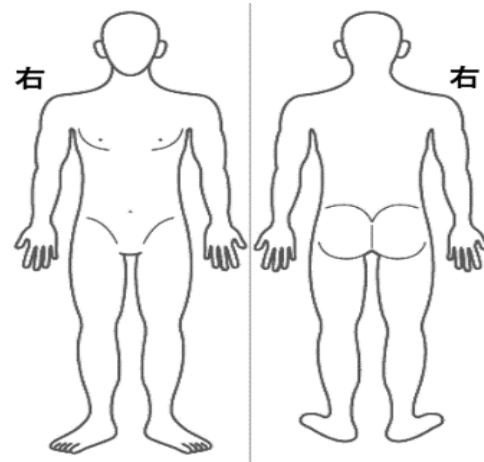
k g

○紹介状はありますか？ …………… ある・ない

○今日はどうなさいましたか？

○いつ頃からですか？

○症状のある部位にマークをつけてください。(右の絵)



○現在、病院・医院で定期的に診てもらっている病気・治療中の病気はありますか？

〔 はい 医院名 () ・いいえ 〕

肝臓病・心臓病・糖尿病・腎臓病・喘息・メニエール病・脳梗塞・脳出血

高血圧・緑内障・人工、腹膜透析・前立腺肥大症・その他 ()

○おくすり手帳はありますか？

ある・ない・持参なし

○アレルギー・喘息がありますか？

ある・ない

薬品

食品

その他

症状

じんま疹・かゆみ・咽頭違和感

その他

○今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

ある・ない

病名: 心臓病・癌・脳梗塞・骨折

手術名

脳出血・白内障・緑内障

その他:

○体内・外に医療用電子機器・金属がありますか？

ある・ない

心臓ペースメーカー等・除細動器・脊髄刺激装置・人工内耳・血糖測定器・インスリンポンプ

その他:

○現在、喫煙はしていますか？

はい・いいえ

本/日

歳から

歳まで

○定期的に飲酒はしていますか？

はい・いいえ

一日

mL

・ビール・焼酎・日本酒・その他

○どのような結果でも、病気・治療の説明や告知を希望されますか？

はい・いいえ

○ご自身以外に病気や治療の説明をすることに同意しますか？

はい・いいえ

〔 どなたに説明しますか？ 〕

○他院の訪問診療を受けていますか？

はい・いいえ

〔 医院名 〕

★女性の方へ

現在、生理中ですか？ はい・いいえ

妊娠中ですか？ はい・いいえ