

② 内科（循環器・呼吸器・他）問診票

(紹介状) 無・有 (フィルム・CD-R) 無・有 / (返却不要・要) (ADL) 独歩・車椅子
記入年月日 年 月 日 ※体温・血圧・脈拍は当日内科受付で記入します。
(氏名) (年齢) 才 ID: 受付No.

(性別) 男・女 (身長) cm (体重) kg (体温) °C (脈拍) 回/分
(血圧) / (SpO2) % ~ %

① どんな症状ですか？ あてはまるところを○で囲んでください。(複数可)

定期検査 (前回 年 月) 発熱 (°C)
健診異常で自覚症状 (なし・あり) 腹痛 (左・右 / へその上 ・ へその下)
胸の痛み (常に・ 分続く・時々) お腹がはる
胸の痛む場所は (右・左) 食欲不振
動悸・どきどき (常に・ 分続く・時々) 胸やけ・胃もたれ・吐き気
息苦しさ おう吐 (回数 回)
せき (特に夜間・昼間・常に) 下痢 (水様便・泥状便(回数 回))
たん (血が混じる・黄色・黄緑・) 便秘 (最終排便 日前)
頭痛 便に血が混じる (血の量は 多い ・ 少ない)
だるさ・倦怠感 体重変化 (ヶ月で kg 増・減)
その他 ()

② いつ頃から症状がありますか？

年 月 日 午前・午後 : 頃

③ 大きな病気をしたことがありますか？

(なし・あり) ↓「あり」の方はご記入下さい。

病名	年齢	手術	病院
[]	[]才	無・有	[]
[]	[]才	無・有	[]
[]	[]才	無・有	[]

④ 今飲まれているお薬はありますか？

(なし・あり) ↓「あり」の方はお薬手帳を提示下さい。お持ちでない方はご記入下さい。

病名又はお薬の名前	病院
[]	[]
[]	[]
[]	[]

⑤ アレルギーや、お薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？

(なし・あり) ↓「あり」の方は詳細記入下さい。 例：○○で湿疹 △△で吐き気 ()

⑥ たばこを吸いますか？

(吸わない・禁煙した・吸う) ↓「禁煙した・吸う」の方は詳細記入下さい。

1日 本を 年間 又は 年前禁煙 (以前は1日 本を 年間)

⑦ お酒を飲みますか？

(飲まない・機会飲酒・飲む) ↓「飲む」の方は詳細記入下さい。

1日量は 日本酒 (合) 焼酎 (合) ウイスキー (合) ビール (ml)

⑧ ご家族で右記病気の方はおられますか？ (心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病・リウマチ・癌・肝炎・高血圧)

(いない・わからない・いる) 誰が () 何の病気 ()
誰が () 何の病気 ()

⑨ 本日朝食は？ (食べていない・食べた 時頃)

⑩ 女性のみ 現在妊娠の可能性はありますか？ (なし・あり (最終月経 月 日))



* 0 1 0 6 0 1 0 0 0 2 7 0 1 *

ご協力ありがとうございました。