

問診票

男性用		平成 年 月 日		
〒				身長: cm
				体重: kg
(ふりがな) 氏名	自宅電話: 携帯電話:	体温: °C 血圧: mmHg		
生年月日 M T S H 年 月 日	脈拍: 回/分			
1)ご来院の動機 症状あり→ <input type="checkbox"/> 胸の症状や息切れ <input type="checkbox"/> 腹の症状や吐き気 <input type="checkbox"/> のど痛・鼻水・咳や痰 <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> その他() 異常を指摘()から→ <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> その他 転院希望→病院名() 病名や症状() その他→()				
2)他の医療機関へ→ <input type="checkbox"/> 今まで通院はない <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院していた 病院名() 病名() 病院名() 病名()				
3) お薬	例)アダラートCR 20mg*2錠/朝夕・一日二回			
4)今までに入院して治療したことは?→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
5)「入院」治療→病院名() 時期(年 月頃) <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 肺病・ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> すい臓病 <input type="checkbox"/> 胃の病気 <input type="checkbox"/> 大腸・小腸の病気 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 白血病・リンパ腫 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 眼の病気→(病名) <input type="checkbox"/> 耳鼻科の病気→(病名) <input type="checkbox"/> 泌尿器・産婦人科→(病名) <input type="checkbox"/> 精神科→(病名) <input type="checkbox"/> * その他→()				
6)手術したことは?→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→病名() 病院名() 時期(年 月頃)				
7)薬や食物アレルギーは? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
8)タバコは?→ <input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸う * 才~ 才 1日 本				
9)お酒は?→ <input type="checkbox"/> 定期的に飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない				
10)勃起不全(ED)の症状は? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし				

問診票

女性用		平成 年 月 日		
〒				身長: cm
				体重: kg
(ふりがな) 氏名	自宅電話: 携帯電話:	体温: °C 血圧: mmHg		
生年月日 M T S H 年 月 日	脈拍: 回/分			
1)ご来院の動機 症状あり→□胸の症状や息切れ □腹の症状や吐き気 □のど痛・鼻水・咳や痰 □熱 □その他() 異常を指摘()から→□血圧 □心電図 □血糖 □コレステロール □その他 転院希望→病院名() 病名や症状() その他→()				
2)他の医療機関へ→□今まで通院はない □通院中 □通院していた 病院名() 病名() 病院名() 病名()				
3) お薬	例)アダラートCR 20mg*2錠/朝夕・一日二回			
4)今までに入院して治療したことは?→ □あり □なし				
5)「入院」治療→病院名() 時期(年 月頃) <u>□脳卒中</u> <u>□弁膜症</u> <u>□心筋梗塞</u> <u>□心不全</u> <u>□狭心症</u> <u>□肺病・ぜんそく</u> <u>□肝臓病</u> <u>□腎臓病</u> <u>□すい臓病</u> <u>□胃の病気</u> <u>□大腸・小腸の病気</u> <u>□パーキンソン病</u> <u>□貧血</u> <u>□白血病・リンパ腫</u> <u>□糖尿病</u> <u>□高血圧症</u> <u>□眼の病気</u> →(病名) □耳鼻科の病気→(病名) <u>□泌尿器・産婦人科</u> →(病名) □精神科→(病名) □*その他→()				
6)手術したことは?→□なし □あり→病名() 病院名() 時期(年 月頃)				
7)薬や食物アレルギーは? □なし □あり()				
8)タバコは?→□吸ったことがない □吸っていた □吸う * 才~ 才 1日 本				
9)お酒は?→ □定期的に飲む □機会飲酒 □飲まない				
10)最終月経→(月 日から 日間) □規則的 □不規則 □閉経 妊娠の可能性は?→ □あり □なし * 必要時レントゲン検査に同意します→サイン				

ID

氏名()

)

平成 年 月 日

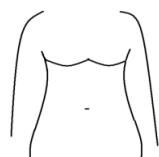
今回の症状で他の病院の受診は？→□あり □なし □通院中

▶ 病院名()病名()

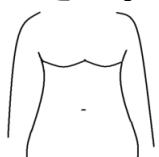
今回の症状で当院以外の服薬→□なし □あり→□市販薬 □他院処方

▶いつから() なにを()

胸部 症状 や 息 切れ	1)□胸痛 □動悸 □息苦しい □その他()
	2)いつから？→□()時間前 □()日前 □()週間前 □()年前
	3)今現在は症状は？→□あり □なし→最終は？→()
	4)持続時間→□5分以内 □10分以内 □30分以内 □1時間以内 □それ以上
	5)症状のある部位は？→右の図に記入してください！
	6)息苦しさ→□なし □体を動かした時のみ □じっとしててもあり
	7)動悸や脈不整→□なし □脈速い □脈速くない □とぶ感じ
	8)何をされてましたか？ □横になっていた □座位中 □立位中 □家事中 □食事中 □入浴中 □平地歩行中 □坂道や階段歩行中 □運動/活動中→()



腹部 症状 吐 氣	1)□腹痛 □嘔吐や嘔気 □下痢 □便秘 □その他()
	2)いつから？→□()時間前 □()日前 □()週間前 □()年前
	3)痛みは？→□なし □あり→右上の図に痛い部位に○を付けてください。
	4)下痢は？→□いいえ □はい→□泥状 □水様性 □血便
	5)最終排便は？→□本日 □昨日 □三日以内 □それ以上
	6)症状のある部位はどこ？→右の図に記入してください！
	7)水分はとれますか？→□はい □いいえ
	8)一ヶ月以内に海外渡航→□なし □あり→国名()/帰国日()



風邪 や 熱	1)いつから？→()日前(月 日) 午前・午後 時頃より
	2)現在ある症状に「レ」をつけてください。 □熱(°C) □のどの痛み □鼻水 □咳 □痰 □関節痛 □頭痛 □だるさ □その他()
	3)上記の症状で一番つらいのは？→()
	□血圧 □脈拍 □心電図 □血糖 □脂質異常症・コレステロール □肝臓 □尿酸値 □レントゲン □貧血 □蛋白尿 □血尿 □その他()
	*いつごろから？→()

体重: kg
体温: °C
血圧: mmHg
脈拍: 回/分

その 他の 症 状	1)お困りの症状は? □めまいやふらつき □蕁麻疹・湿疹→部位() □頻尿 □排尿時痛 □残尿感 □血尿 □頭痛 □食欲不振 □口内炎 □手足のしびれ □関節痛 □むくみ □痛み→部位() □意識消失 □出血→部位() □その他→具他的に()
	2)いつ頃から？→()
	3)お気づきの点をできるだけ詳しく教えてください。



* 必要時レントゲン撮影することに

▶同意しない ・ 同意する

氏名