

内科問診票

(ID) 生年月日
氏名 T S H 年 月 日 (歳) 男 女

現在の体温	℃	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分
SPO2	%	呼吸数			回/分	

下記の質問事項にお答え下さい。

- 1 あなたは、どこがどのように具合が悪くて来院しましたか？

()

- 2 その症状は、いつ頃から始まりましたか？

()

- 3 そのために、今までどこかで診察を受けましたか？

① 受けた (年 月 日) ② 受けない
病院名 ()

- 4 熱あるいは下痢のある方のみ記入して下さい。

① 渡航歴は? ある ない
② いつ頃ですか? 10日前 10日以降
③ 場所は? ()

- 5 あなたは今までに、何か大きな病気で治療を受けた事がありますか？

① ない ② ある 病名()

- 6 今までに食品、薬などでじんましんやアレルギーをおこした事がありますか？

① ない ② ある 食品名、薬品名()

- 7 今までにあなたと血縁のある方で大きな病気をされた方がありますか？

① ない ② ある 高血圧 糖尿病 心臓病 がん 結核
その他()

- 8 女性の方のみ記入してください。

① 月経は? 順 不順
② 最終月経は? 月 日 ~ 月 日
③ 現在妊娠中ですか? はい(ヶ月) いいえ わからない

- 9 日常生活についてお尋ねします

① 食欲は ない 普通 旺盛
② 便通は ()日に()回程
③ 排尿は 昼間()回位 夜間()回位
④ タバコは 吸わない 吸う (一日 本位)
⑤ お酒は 飲まない 飲む(時々 毎日 合位)

- 10 あなたの身長、体重を記入してください

① 身長 ()cm ② 体重()kg

※ご協力ありがとうございました。

年 月 日 時間()看護師()

みやい内科クリニック

〒816-0863 福岡県春日市須玖南4-30

<http://miyainaika.com/>

TEL092-575-0068