

## 問 診 票

女性用		平成	年	月	日
〒					身長: cm
					体重: kg
(ふりがな)	自宅電話:		体温: °C		
氏名	携帯電話:		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)	例)アダラートCR 20mg*2錠/朝夕・一日二回				
お薬					
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)最終月経→( 月 日から 日間) <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 閉経					
妊娠の可能性は? → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
* 必要時レントゲン検査に同意します→サイン					

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？→( )

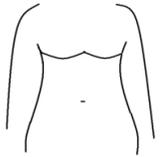
4) 持続時間→5分以内 10分以内 30分以内 1時間以内 それ以上

5) 症状のある部位は？→右の図に記入してください！

6) 息苦しさを→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→( )



腹部症状吐気

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。

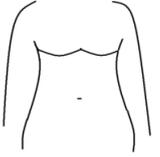
4) 下痢は？→いいえ はい→泥状 水様性 血便

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？→( )

異常指摘

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？→( )

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→具其他的に( )

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。

▶

体重:	kg
体温:	°C
血圧:	mmHg
脈拍:	回/分

\* 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