

内科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。	
2) どんな症状がありますか？ 現在の体温 : _____ °C	
<input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 嘔吐(もどす) <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> せきが出る <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 下痢 回数()回/日 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 血痰が出る <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼーゼーという <input type="checkbox"/> 動悸(ときどきする) <input type="checkbox"/> その他()	
3) 現在服用しているお薬	<input type="checkbox"/> なし
4) 今までに大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()
5) 薬や注射などで発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤はわかりますか？)
6) 女性の方のみご記入下さい。 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい(月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7) その他、医師に知らせておきたい事がありましたらご記入下さい。	
8) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: _____ 帰国日: _____) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ	

ID : _____

問診入力者 : _____