

【問診表】

年 月 日

氏名 (歳)

今日は、どうしましたか？

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある(.....°C) | <input type="checkbox"/> だるい、食欲がない | <input type="checkbox"/> めまいがある |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> ノドが痛い |
| <input type="checkbox"/> 胸や呼吸が苦しい | <input type="checkbox"/> 咳または痰が出る | <input type="checkbox"/> 動悸がある |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 嘔気または嘔吐がある | <input type="checkbox"/> 便がゆるい |
| <input type="checkbox"/> 排尿または尿がおかしい | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出た | |
| <input type="checkbox"/> 検診で「異常」といわれた | | |
| <input type="checkbox"/> ご自由にお書きください | | |

それは、いつからですか？

- 今日 昨日 2-3日前 1週前 1か月前 半年前
その他(.....)

かかっている病気はありますか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風/高尿酸血症
ご自由にお書きください(手術歴や入院歴など)

定期薬はありますか？

- ある ない

他病院に通院していますか？

- はい(.....) いいえ

アレルギーについて

- アレルギーはありません
花粉(.....) 薬剤(.....) 食品(.....)
その他(.....)

タバコと飲酒について

- タバコ 吸わない (.....歳で)やめた 毎日(.....本/.....年)
飲酒 飲まない ときどき ほぼ毎日

妊娠について

- 可能性がある ない

半年以内で渡航しましたか？

- はい(.....) いいえ