

# 問 診 表

初めての患者さんへ

記入日 年 月 日

氏 名 年 令 才 男・女

職 業 体 温 ℃

1. 今日は、どこのぐあいが悪くて診察にみえましたか。

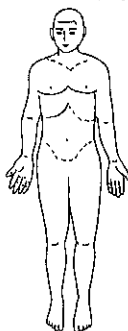
○印をして下さい。

内科系 { 熱、咳、のど、鼻、嘔気、嘔吐、下痢、腹痛、  
頭痛、血圧、胸苦、めまい、尿が近い、発疹、  
その他( )

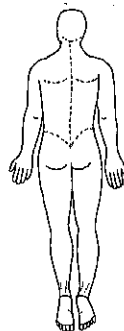
渡航歴の有無 無・有 (国名  
(過去3ヶ月) (期間)

外科系 { 打 撲  
捻 挫  
傷  
出きもの  
痛 み  
し び れ

○前



○後



2. いつ頃からですか。( 年 月 日 )
3. 他の病院にかかりましたか。(はい・いいえ)
4. 今まで病気にかかったことがありますか。(疾患名： )
5. アレルギー体質ですか。(はい・いいえ・わからない)
6. 普段胃のぐあいはどうですか。( )
7. かかったことのある病気に○をつけて下さい。(結核、糖尿病、リウマチ)
8. 麻酔(抜歯などで)気持ちがわるくなったことがありますか?(はい・いいえ)
9. 女性の方へ。 最終月経( )~( )

イ. 今、生理中ですか。(はい・いいえ)

ロ. 今、妊娠していますか。(はい・いいえ)