

問診票

ふりがな

氏名：

生年月日： 年 月 日 歳

職業： 性別： 男 ・ 女

【看護師記入欄】

脳外 循環器 心外 呼吸器 内科 呼内
消外 消内 糖内 腎内 整外 形成 泌尿

診療情報提供書 有 ・ 無

緊急性（有 ・ 無）

体温： SPO2： %

血圧： / mmhg

脈拍： 回/分

サイン

1. 本日の受診理由を教えてください。

- 便秘 お腹が張る 食欲がない 体重が減った だるい
 胸やけ 胃もたれ 口渇 立ちくらみ めまい
 腹痛 下痢 嘔吐
 感冒症状（熱 ・ 咳 ・ 喉の痛み ・ 鼻水）
 息苦しさ 胸痛 背部痛
 その他の症状

症状はいつからですか？

（ ）から 突然 だんだんと

2. これまでに入院や手術を受けたことがありますか？

- ない
 ある（ ）

3. 現在かかっている医療機関はありますか？

医療機関名： 病名： 治療内容：

4. 現在治療中の病気や飲んでいるお薬がありましたら、ご記入ください。

- ない
 ある（ ）

5. 薬や食品などのアレルギーはありますか？

- ない ある（ ）

6. この一年間で特定検診及び高齢者検診を受診しましたか？

- はい いいえ

7. （女性の方）現在妊娠中または授乳中ですか？

- はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

診療情報取得に同意する ・ 同意しない

ご不明な点はお申し付けください。

葛西昌医会病院 2024年9月 改訂