

カルテ番号：

KT：

BP：

HR：

SpO2：

年 月 日

問 診 票

ふりがな 氏 名		生年月日		男 女
住 所	〒		電話番号	

▼本日はどうされましたか？

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> 喉の痛み | <input type="checkbox"/> 咳・痰 | <input type="checkbox"/> 頭が痛い |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> 悪寒がする | <input type="checkbox"/> 血便 |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 気持ちが悪い | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> その他 | _____ | | |

▼今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？

- | | | | | |
|-----------------------------|--------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある | —————→ | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 |
| | | <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 / 脳出血 |
| | | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |

▼現在飲んでいるお薬はありますか？

- | | | |
|-----------------------------|--------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | | |
| <input type="checkbox"/> ある | —————→ | <input type="checkbox"/> お薬手帳をお持ちですか？ |
| | | お持ちでない場合はご記入ください。 |
| | | 薬 _____ |

▼薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- | | | |
|-----------------------------|--------|-------|
| <input type="checkbox"/> ない | | |
| <input type="checkbox"/> ある | —————→ | _____ |

▼女性の方にお聞きします。

- | | | | |
|--------|------------------------------|-----------------------------|----------|
| 妊娠中ですか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | _____ 週目 |
| 授乳中ですか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |