

内科問診








ふりがな

氏名 : _____ 年齢 : _____ 歳

性別 : 男・女 → 妊娠していない 妊娠中(週) 授乳中

体温 (_____ °C) 体重 (_____ kg) 身長 (_____ cm)

☆医師の希望 有(_____ 医師)・無 *希望がない場合早く診られる診察室でお呼びします

症状	いつから	程度	詳細
<input type="checkbox"/> 熱	(_____)	軽度  重度	寒気 あり・なし / 関節痛 あり・なし
<input type="checkbox"/> 鼻症状 (アレルギー・花粉症を含む)	(_____)		鼻水 あり・なし / 鼻づまり あり・なし
<input type="checkbox"/> のどの痛み	(_____)		水分は とれる・とれない
<input type="checkbox"/> 咳〔せき〕	(_____)		一日中・日中・夜間・明け方
<input type="checkbox"/> 痰〔たん〕	(_____)		色 (_____)、量 多い・少ない
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢	(_____)		回数 (_____) 回、色 (_____)
<input type="checkbox"/> 痛み	(_____)		部位 : 頭・お腹・その他 (_____)
<input type="checkbox"/> その他	----- ----- -----		

●今までかかったことのある病気がある場合は○をしてください。

狭心症・不整脈・高血圧・糖尿病・脂質異常症・癌・うつ病・甲状腺疾患

緑内障・前立腺疾患・アレルギー(薬剤・花粉・食物・金属・その他)

詳細・その他 : _____

使用中の薬剤名 : _____

●アナフィラキシー反応の経験はありますか あり・なし

●4か月以内に海外旅行に行きましたか いいえ・はい (いつ: _____ どこへ: _____)