

## 内科問診票

## 巨摩共立病院

月 日

氏名 ( )

来院時の 体温: ( °C) 血圧: ( / ) 脈拍: ( )

☆今日はどこがどのように悪くて当院に来られましたか?

\*いつ頃からどのような症状があるのか、詳しくお書きください。

<p style="margin: 0;">☆今日はどこがどのように悪くて当院に来られましたか?</p> <p style="margin: 0;">*いつ頃からどのような症状があるのか、詳しくお書きください。</p>	
---	--

1ヶ月以内の海外渡航歴についてお聞きします	<input type="checkbox"/> ある ・あるの方 国名( ) <input type="checkbox"/> なし
今までに大きな病気やけがをしたことありますか?	<input type="checkbox"/> ある ・いつ頃( ) ・病名またはケガ( ) <input type="checkbox"/> 通院していた <input type="checkbox"/> 入院していた <input type="checkbox"/> なし
現在、治療中の病気がありますか?	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし
他の病院にかかっていますか?	<input type="checkbox"/> かかっている ・病院名 ( ) ・処方されている薬 ( ) <input type="checkbox"/> なし
今までに使用した内服薬・注射薬で具合が悪くなつことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある ・薬品名( ) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
抗生素質の治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
抗生素質を使用して具合が悪くなつことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある ・薬品名( ) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
女性の方: 現在妊娠していますか?	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> していない
緊急で連絡が必要な場合の連絡先	お名前:
	ご関係:
	電話番号:
	携帯電話: