

内科問診票

巨摩共立病院

____月____日

氏名（ ）

来院時の 体温：（ ）℃ 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。

1ヶ月以内の海外渡航歴についてお聞きます	<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がありますか？	<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ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある ・薬品名（ ） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
抗生物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
抗生物質を使用して具合が悪くなったことがありますか？	<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：