

内科問診票

<input type="checkbox"/> 呼	<input type="checkbox"/> 循	<input type="checkbox"/> 消	<input type="checkbox"/> 内	<input type="checkbox"/> 血	<input type="checkbox"/> 他	他科受診
<hr/>						
<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 嘔/下	<input type="checkbox"/> 感染(隔離)	<input type="checkbox"/> 一般待合			
<hr/>						
<input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> モニタリング	<input type="checkbox"/> 医師連絡				
血圧(/) mmHg 脈(/分) ※15分後血圧再検 (/) mmHg 体温(℃) ※SpO2 (%) 身長(cm) 体重(kg)						

年 月 日

診察の参考とするため、太枠の質問にお答え下さい

(ふりがな)	(生年月日)	性別: 男 ・ 女
お名前	大・昭・平	年 月 日 年齢() 歳

1.本日内科を受診された理由について
 (どの部分が、いつ頃から、どのように具合が悪いかが具体的にお書きください)

2.現在の状況について

- 1) 2週間以上続く咳がある (はい ・ いいえ)
- 2) 最近、結核・はしか・みずぼうそうの人と接触し (はい ・ いいえ)
- 3) 体重(半年前と比べて) : 変わらない 増加 減少(約)
- 4) 食欲 良好(普通) 不良
- 5) 睡眠 良好(普通) 不良 平均(時間位)
- 6) 便通 1日(回) (日)に一度
 普通便 軟便 下痢便 硬い便 その他()
- 7) 利き手はどちらですか (右手 ・ 左手)
- 8) 常備薬(普段飲んでいる薬)があれば書いてください

3.これまでの状況について

- 1) 今までに大きな病気にかかったことがありますか (ある ・ ない)
 ある人は病名とその時の年齢を書いてください ()
- 2) 今までに手術を受けたことがありますか? (ある ・ ない)
 ある人は病名とその時の年齢を書いてください ()
- 3) アレルギー体質といわれたことがありますか? (ある ・ ない)
- 4) 薬・注射でアレルギー反応を起こしたことがあります (ある ・ ない)
 薬の名前がわかれば書いてください ()
- 5) 輸血を受けたことがありますか (ある ・ ない)

4.両親や兄弟など肉親が次の病気にかかったことがあれば○印をしてください

ガン ・ 肉腫 ・ 白血病 ・ 高血圧症 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝硬変
 腎臓病 ・ アレルギー疾患 ・ 結核 ・ 精神病 ・ その他 ()

5.喫煙・飲酒について

- 1) タバコ : 吸う(1日平均 本) 吸わない 禁煙した(年前から)
- 2) お酒 : 飲む(週 日) 飲まない 禁酒した(年前から)
 1日に飲む量は ()

6.女性の方のみお答えください (未婚 ・ 既婚)

- 1) 月経 : 規則的
- 2) 妊娠 : している していない 可能性あり ※妊娠(回) 出産(回)
- 3) 最終月経: 年 月 日から