

※問診票でお聞きすることは、治療を実施する上であなたの身体への影響を考えるととても重要な情報となりますので、同意の上ご記入下さい。特に女性の方は、妊娠の有無は治療や検査に変更が出ますので気になることはご相談下さい。

# 問 診 票

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

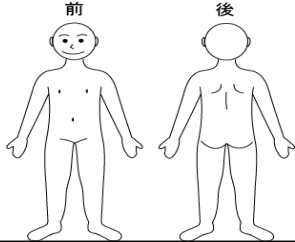
氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

体重 \_\_\_\_\_ kg 身長 \_\_\_\_\_ cm 今日の熱 \_\_\_\_\_ 度

記入者サイン \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) 確認医師サイン \_\_\_\_\_

※来院された目的に○をつけて下さい ( 診察 ・ 健康診断 ・ 予防接種 )

※外国人の方へ:可能な言葉(Language)に○をつけて下さい(日本語・英語・中国語・韓国語・その他: \_\_\_\_\_)

<p>1・どのような症状でお困りですか</p>	<p style="text-align: right;"><u>具合の悪い箇所を記入して下さい</u></p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>2・その症状はいつ頃からですか</p>	<p style="text-align: right;">_____ 頃から</p>
<p>3・同じ症状で他院を受診されましたか</p>	<p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p>
<p>4・今までに病気で治療を受けたことがありますか(入院・手術など)</p>	<p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p> <p>病名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月頃</p> <p>病名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月頃</p>
<p>5・現在、治療中の病気はありますか (例:高血圧・心疾患・糖尿病など)</p>	<p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p>
<p>6・現在、飲んでいる薬はありますか</p>	<p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p> <p>薬品名: _____</p>
<p>7・アレルギーはありますか (例:造影剤・アルコール綿・卵・そば・ピーナッツ・牛乳・その他、食べ物や薬で発疹が出たことがある)</p>	<p style="text-align: center;">はい ・ いいえ ・ わからない</p> <p>→ 「はい」の方へ</p> <p>薬品名: _____</p> <p>食べ物: _____</p> <p>その他: _____</p>
<p>8・該当する項目に○を付けて下さい また、他に伝えたいことがあればご記入下さい</p> <p>A4カルテ転記(確認)者サイン _____</p>	<p>杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ シルバーカー</p> <p>[ 目(視力)・ 耳(聴力)・ 口(会話)・ 手 ・ 足 ]が不自由</p> <p>その他 _____</p>
<p>9・女性の方へ 妊娠していますか、その可能性はありますか 現在、授乳中ですか</p>	<p>・はい( _____ ヶ月) ・ いいえ</p> <p>・わからない(最終月経 _____ 月 _____ 日より _____ 日間)</p> <p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p>