

問 診 表 西 暦 年 月 日

ふりがな		性別 (男・女)
氏名		生年月日:大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
ふりがな		
現住所	〒	—
電話番号		携帯電話
メールアドレス		

- 一番診てほしい (困っている) 事は何ですか? _____
いつ頃から _____
どんな症状ですか? _____
- 今までにかかった大きな病気や手術などがありますか? _____
心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病 喘息 その他 _____
入院 (ない ある) _____年____月) 手術 (ない ある) _____年____月) _____
- 輸血を受けたことが (ない ある)、薬や注射でアレルギーが起こったことが (ない ある)
- お薬を飲んでいる方はその名前をご記入下さい。又は薬の一覧表を受付にお出し下さい。
- アルコール 飲まない、お酒 _____合/日、ビール _____本/日、その他 _____
タバコ まったく吸わない、以前吸った、現在吸う: 1日 _____本 x _____年間(_____歳~ _____歳)
- 食欲 (良、不振)、睡眠 (良、不良 _____)
- 便秘 _____回/____日、_____ 排尿で困ることが (ない ある) _____)
- 現在、妊娠中又は授乳されていますか? (はい・いいえ)
- ご記入して頂いた住所にお知らせ等を送付してもよろしいでしょうか? (はい・いいえ)

看護師記入欄

BP _____ / _____ HR _____ 体温 _____℃ BH _____ cm BW _____ kg 腹囲 _____ cm
 検尿: ウロビリノーゲン (正、+、++)、蛋白(−、±、+、++、+++)、糖 (−、±、+、++、+++)、
 pH(_____)、潜血 (−、±、+、++、+++)、白血球 (−、±、+、++、+++)