

<全科共通問診票>

ver3

記入日

20

年

月

日

氏名		続柄	
カナ	名	<input type="checkbox"/> 夫	<input type="checkbox"/> 妻
漢字		<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> その他
年齢	性別	記入者氏名	
才	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	カナ	名
	紹介状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	漢字	
	代理人記入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

1. 今回はどのような症状できましたか？症状や時期を詳しくお書きください。
 なお、現在症状が治まってしまった方も今日、来院した理由(経緯)をわかる範囲でお書きください。

2. 同じような症状で他の病院にかかったことはありますか？ どちらかに○をつけて下さい。 なし あり

病名

病院名

3. 今回の症状のために、服用中の薬がありますか？ はいの場合はお薬手帳を提示してください。
 どちらかに○をつけて下さい。 いいえ はい お薬手帳をお持ちでない方は薬の名前を書いてください。

薬剤名1	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名3	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠
薬剤名2	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名4	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠

4. 現在治療中の病気はありますか？
 いいえ はい はいの場合、該当するものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型/C型)	<input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化	<input type="checkbox"/> 副腎機能低下症
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> その他の動脈硬化	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 結核	
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(がん)	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> うつ病	

5. 治療中の病気について服用中の薬がありますか？ はいの場合はお薬手帳を提示してください。
 どちらかに○をつけて下さい。 いいえ はい お薬手帳をお持ちでない方は薬の名前を書いてください。

薬剤名1	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名5	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠
薬剤名2	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名6	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠
薬剤名3	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名7	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠
薬剤名4	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠	薬剤名8	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	1日	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	錠

<身体計測値>

身長 cm 体温 °C 血圧 / mmHg

体重 kg 脈拍 回/分 SpO2 %