

問診票

(当クリニック記入欄)

体温：

身長：

体重：

血圧：

脈拍：

SaO₂：

氏名 _____

■ あてはまるところにや○印を入れてください。

動悸 胸が痛む 息が切れる 脈が速い・遅い

血圧が高い・低い むくみ 手足のしびれ

不眠 いびき・日中の眠気

熱がある 頭痛 痰が出る 鼻水が出る

健康診断： 心電図異常 コレステロール 血糖値

胸部X線異常 動脈硬化 その他()

他院からの紹介

その他()

■ 症状はいつごろからですか？

■ 上記のことで他院にかかっていますか？

いいえ・はい → 病院名：

病名：

■ いままでにかかった病気を教えてください

■ いままでに受けた手術の名称を教えてください

■ 内服している薬はありますか？

いいえ・はい → お薬手帳を持ってきた・持ってこなかった

■ アレルギーはありますか？

★ 女性の方に質問します。

*妊娠について : していない・わからない・している(週)

*授乳について : していない・している