

《女性内科・問診票》

お名前 _____ () 歳 _____ 年 月 日

ご職業() 身長(cm) 体重(kg) 来院時の体温(°C)

1. 本日来院された理由にシ印をつけてください

発熱 頭痛 のどの痛み 胸の痛み めまい 咳 鼻 悪寒 嘔吐

その他の症状 { _____ }

いつから、どのようにですか

※おもに辛い症状をご記入ください()

食欲(ある・普通・ない)

睡眠(よく眠れる・普通・不眠)

排尿(普通・昼間も近い・夜間3回以上)

便秘(日 回)

2. アレルギーはありますか

(ない・ある) 薬() 食べ物() その他()

3. 輸血をしたことがありますか (ない・ある)

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか

(ない・ある)(病名:) 手術(ない・ある)

(時期:) 入院(ない・ある)

5. 現在治療中の病気がありますか

(ない・ある)(病名:)

(病院名:)

6. 現在使用している薬はありますか

(ない・ある)(薬名:)

7. たばこは吸いますか

吸わない 以前吸っていた(歳) 吸う(1日 本位)

8. お酒は飲みますか(飲まない・時々飲む・毎日飲む)(どのくらい)

9. 妊娠の可能性はありますか

(ある・ない)(最終月経: 年 月 日) (閉経: 歳)

10. 現在授乳中ですか (はい・いいえ)

特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください