

女性内科 問診票

お名前 _____ () 歳 _____ 20 年 月 日

身長 (_____ cm)、体重 (_____ kg)、来院時の体温 (_____ °C)

住所に変更のある方は、記入してください。

〒 _____

1. 本日来院された理由にレ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

※ 主につら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. タバコは吸いますか

吸わない ・ 以前吸っていた(_____ 歳) ・ 吸う(1日 _____ 本位)

8. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか (_____ いる ・ いない _____)

9. 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 _____)

10. 妊娠の可能性はありますか

(ある・ない)(最終月経:20 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (閉経: _____ 歳)

11. 現在授乳中ですか (はい・いいえ)

12. 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