

問診票（内科用）

※看護師記入欄

P

BP

SpO2

お名前： _____（男・女）

生年月日：大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日（ _____歳）

該当する番号に○印をし、（ ）内に必要な項目を記入してください。

■ 現在の体温を測ってご記入ください（ _____度）

■ どのような症状がありますか（複数の症状のある方は最もひどい症状に◎）

- | | | |
|---------------|---------|---------------|
| ① 発熱 | ② 腹痛 | ③ 下痢（ _____回） |
| ④ 嘔吐 | ⑤ 咳 | ⑥ 喘鳴（ゼロゼロ） |
| ⑦ 胸痛 | ⑧ 動悸 | ⑨ 頭痛 |
| ⑩ めまい | ⑪ 手足のまひ | |
| ⑫ その他（ _____） | | |

■ 最初に症状があらわれたのはいつ頃からですか

_____月 _____日の（午前・午後 _____時）頃から

■ 同居のご家族に同じ症状の方がいますか

- ① いる（続柄：患者の 父母、祖父母、兄弟姉妹、子、その他（ _____ ））
② いない

■ 今回の病気でどこかで診察を受け治療をしていますか

- ① 初めてで治療をしていない
② 現在治療をしている（ _____ 病院／医院）

■ かかりつけの医療機関がありますか

- ① ない
② ある（ _____ 病院／医院）

■ これまでにかかった病気はありますか

- ① ない
② ある
_____ 高血圧、糖尿病、喘息、心疾患、その他（ _____ ）

■ これまでに飲み薬や注射でアレルギー（気分不良やじんま疹）がでたことはありますか

- ① ない
② ある（薬の名前 _____ ）

■ 次の検査を希望されますか

- ① インフルエンザ ② 新型コロナウイルス ③ 希望しない
（3割負担の場合 +約1700円） （3割負担の場合 +約3000円）

■ 検査を希望する場合、結果が出るまで、どちらでお待ちになりますか

- ① 待合室（院内）
② 自家用車（駐車場）（連絡先携帯番号： _____ ）

ありがとうございました 県立広島病院内科外来