問診票（成人）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診察券番号（　　）

下記の当てはまる□にチェックを記入して下さい

本日の症状・受診目的		その症状はいつからですか？
風邪症状	□発熱（　　℃）　□寒気 □鼻水　□喉の痛み　□咳　□痰	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
お腹の症状	□痛み　□吐き気　□下痢 □便秘　□胃の調子が悪い	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
胸の症状	□痛み　□息苦しい　□動悸 □締め付けられる　□胸焼け	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
頭の症状	□ドクドクする痛み　□めまい □締め付けられる痛み	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
手足の症状	□痛み　□むくみ　□痺れ 部位：（　　）	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
皮膚の症状	□痛み　□発疹　□かゆみ 部位：（　　）	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
その他の症状	□不眠　□気分が重い　□物忘れ □残尿感　□頻尿　□尿もれ	□今日から（　　時から） □昨日から（　　時から） □（　　）日前から □日付：（　　/　　）頃から
□健診・検診希望　（内容：　　） □健診等で異常を指摘された　□禁煙外来希望　□栄養相談希望		
上記に当てはまらない場合		
同じ症状の方がいましたか？	□いない　□いた（　　）	
最後のお食事はいつですか？	□今日（　　）時頃　□昨日以前	
女性の方へ	最終月経の日付：（　　/　　）から　□閉経している □妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中	

ご記入ありがとうございました

職員記入欄

身長	体重	意識	血圧	体温	脈拍	SpO_2
cm	kg	JCS-	/ mmHg	℃	/分	%