東急病院

内科外来問診票

お手数ですが、以下の質問にお答えください。
※情報は診療の目的以外に使用することはありません。

様　　お名前　　様／ 年齢　　歳

本日の体温　　℃　（病院にて測定）

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

発熱	咳	咽頭痛	鼻水・鼻づまり
嘔吐	下痢	食欲がない	だるさ
胃痛	腹痛	便秘	背部痛
頭痛	めまい・ふらつき		関節痛
胸の痛み	動悸	息苦しさ	ぜいぜいする

☐ 健康診断、人間ドックで異常があると言われた

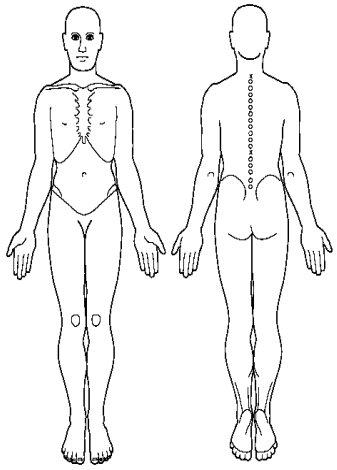
その他

それはいつ頃からですか

今回の症状で他院にて治療を受けましたか　　はい ／ いいえ

紹介状または健診結果の持参　あり ／ なし

※具合の悪いところに印をつけてください



2. 現在服用中の薬はありますか？　あり ／ なし　（ サプリメントの服用　あり ／ なし ）
※ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
薬の名前：

3. 薬（内服・注射・麻酔薬など）や食物などのアレルギーはありますか？　あり ／ なし
薬のアレルギー　：　　食物・その他のアレルギー　：

4. 家庭内、職場等で流行している感染症はありますか？
はい（　　）・ いいえ

5. 直近（1年間）に受けたワクチン接種はありますか？　はい ／ いいえ
はいの方　ワクチン名：　　接種日：　年　月　日

6. 1ヶ月以内に海外旅行に行きましたか？　はい ／ いいえ
はいの方　場所：　　帰国日：　年　月　日

7. 飲酒歴　あり ／ なし　週　回 ／ 1回量 ：　程度

8. 喫煙歴　あり ／ なし　1日につき　本 ／　歳 ～　歳 ＝ 喫煙歴　年

9. 輸血歴　あり ／ なし　：　歳

10. 女性の方にお伺いします：　現在、授乳中ですか　はい ／ いいえ
現在、妊娠の可能性はありますか　あり ／ なし 、 最終月経　月　日～

11. 今までにかかられた病気について以下にご記入ください

年齢	病名	手術の有無	現在の状態	医療機関
歳		あり　なし	治った　治療中　中断	当院　他院
歳		あり　なし	治った　治療中　中断	当院　他院
歳		あり　なし	治った　治療中　中断	当院　他院
歳		あり　なし	治った　治療中　中断	当院　他院

問診看護師：

※職員記入欄

血圧：　mmHg ／ 脈拍：　不　回／分 ／ SAT：　% ／ 呼吸回数：　回/分