

受付番号:

# 内科急患問診表

マスク着用あり

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 性別: 男 ・ 女

血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍数: ( \_\_\_\_\_ ) 体温: \_\_\_\_\_ °C 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

呼吸数: \_\_\_\_\_ 回 SpO2: \_\_\_\_\_ %

1. 今日はいかがなさいましたか?

前回の検査結果を聞くため

いつから: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から

症状:

・紹介状持参 なし ・ あり

・健診結果持参 なし ・ あり

2. 既往歴

**他院**で治療を受けていますか?

はい ( 病院名: \_\_\_\_\_  
病名: \_\_\_\_\_  
他院での処方: なし ・ あり( \_\_\_\_\_ ) 薬手帳持参: なし ・ あり ) ・ いいえ

3. 下記の質問にお答えください。

・ご職業: \_\_\_\_\_

・喫煙: 吸ったことがない ・ 吸うのをやめた( \_\_\_\_\_ 才の時)

喫煙中(量: 1日 \_\_\_\_\_ 本、 歴: \_\_\_\_\_ 年)

・飲酒: なし ・ あり(頻度: 毎日 ・ 週 \_\_\_\_\_ 回 ・ 月 \_\_\_\_\_ 回)

(種類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_ ml)

・薬剤アレルギー: なし ・ あり

(名称: \_\_\_\_\_ )

・食物アレルギー: なし ・ あり

(名称: \_\_\_\_\_ )

《該当の方はチェックしてください》  妊娠している ( \_\_\_\_\_ )週  授乳している

※ 本日の検査結果により連絡する場合がございますので緊急連絡先の電話番号をご記入下さい

緊急連絡先の電話番号: \_\_\_\_\_ 続柄[ \_\_\_\_\_ ]