

外来問診表

氏名 年齢 才 男・女 令和 年 月 日

☆どのような症状がありますか？ ☆いつからですか？()

- ①頭痛
- ②吐き気 ③嘔吐
- ④しびれ(a右手 b左手 c右足 d左足 eその他_____)
- ⑤手足の力が入らない
- ⑥めまい(aグルグル回る bグルグル回らない)
- ⑦ろれつが回らない ⑧水を飲むとむせる
- ⑨よだれがこぼれる (a右 b左)
- ⑩物忘れ
- ⑪頭を打った

- ⑫発熱 (度)
- ⑬咳 (a痰が絡む b痰が絡まない) ⑭鼻水
- ⑮腹痛 ⑯下痢 ⑰食欲がない
- ⑱胸が苦しい
- ⑲脈がとぶ
- ⑳その他()

☆かかりつけの病院がありますか？ はい いいえ
(病院・医院・クリニック)

☆現在服用している薬はありますか？ ある ない
お薬手帳 ある ない

☆現在までに治療・指摘を受けた病気がありますか ある ない
高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳卒中 心臓病 胃腸病 肝臓病 腎臓病
ガン 喘息
その他()

☆手術歴 ある ない

【ある場合】

手術名() いつ頃() 病院名()
裏面につづきます

☆嗜好品についてお答えください

酒(1日 本 × 年 ・ 飲まない)

たばこ(1日 本 × 年 ・ 吸わない)

☆下記の中で該当するものがありますか

ペースメーカーが入っている

体内に金属が入っている

どちらも該当しない

☆アレルギーについてお答えください

1、今までに使った薬で体に合わなかったことがありますか？

ある ない わからない

【ある場合】

①薬の名称() 薬の名称不明

②その時にどんな症状がありましたか？

()

2、造影剤検査をしたことがありますか？ ある ない わからない

【ある場合】副作用がありましたか？ ある ない

ある場合どんな症状でしたか？()

3、食べ物でアレルギーがありますか？ ある ない

【ある場合】

何の食べ物で、どのような症状がでましたか？

()

4、その他、何かあれば記入ください。

()

☆女性の方のみお答えください

妊娠はしていない

妊娠中である 妊娠の可能性はある 授乳中である