

問診票

ふりがな

氏名 _____

住所：

Te1自宅 ()

携帯 ()

年 月 日

以下の問いに○をしてお答えください。

体温 度

Q1：今日はどうしましたか。

・症状をお書きください。

()

Q2：いつから症状がありますか。

・今日から ・昨日から ・数日前から ・一週間前から ・数週間前から

・ひと月前から ・その他 (年 月頃から)

Q3：症状はどんなときにおこりますか。症状が起こるきっかけとなるようなことはありますか

()

・症状出現の予兆はある ・予兆はない

Q4：症状の継続・持続時間はどのくらいですか。

・常にある ・ときどきおこる (数分間 ・ 数十分 ・ 数時間)

Q5：上記症状に何か対処（医療的な）はしましたか。

・特に何もしていない

・他の医療機関にかかった

→Q6へ

・市販の薬を飲んだ（薬名；

)

→Q9へ

Q6：Q5の医療機関ではお薬を処方されましたか。

・処方された 薬剤名 ()

・処方されない

Q7：Q5の医療機関では何か検査をしましたか。

・した ()

・特に何もしない

Q8：Q5の医療機関ではどのような病気であろうと言われましたか。

・病名 ()

Q9：以前にも同じような症状がありましたか。

・あった (年 月頃)

・なかった

Q10：以前の症状のあった時、何か対処はしましたか。

・他の医療機関にかかった

→Q11へ

・吸う (本/ 日) ・以前吸っていた (年前まで 本/ 日)
・吸わない

Q24:身長・体重

・身長 cm ・体重 kg (最近数ヶ月で大きな変動は ない・ある)