



可児さとう内科 問診票

身長：
体重：体温：
血圧：
脈拍：
呼吸回数：
SpO2：

ふりがな

大正・昭和・平成

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳) 性別： 男性 女性

住所： _____ 〒 _____ 電話番号： _____

■ 本日はどうされましたか？

- 症状はいつごろからですか？ (_____) から
- 食欲はありますか？ ある あまりない まったくない
- 夜は眠れますか？ 眠れる 眠れない
- 便通はいかがですか？ _____ 日 _____ 回、 固形便 軟便 下痢便
- 尿は1日何回くらいですか？ 日中 _____ 回、 夜間 _____ 回
- 体重の変化はありますか？
なし 増えた 減った (_____ ヶ月間で _____ kg)
- 現在治療中の病気、または、過去に大きな病気にかかったことがありますか？
なし あり (病名： _____)
- 現在服用中の薬はありますか？
なし あり (薬の名前： _____)
- 今までに薬を飲んだり注射を受けた後に、気分が悪くなったことはありますか？
なし あり (具体的に： _____)
- 今まで食べ物でアレルギーが出たことはありますか？
なし あり (食品名： _____)
- お酒は飲まれますか？
飲まない たまに飲む程度 毎日飲む (_____ を _____ 本・合)
- タバコは吸われますか？
吸わない 過去に吸っていた 吸う (1日 _____ 本を _____ 年)
- その他：気になることや伝えたいこと、ご希望などがあれば記入してください。