QR⊐∽⊦°

## 診療問診票(1枚目)

患者ID 0000000

患者氏名

生年月日

性別

年 月 日

氏名

年齢

才 職業

## 本日来院されたことについて、記入してください。

渡航歴       *ここ最近、海外での感染症が増加しています。 渡航歴のある方は、必ず詳細にこ配入をお願いいたします。 1. ある 国名(	<u> </u>	上とについて、記入してください。
## ( 年 月 日~ 年 月 日) 2.ない  -番田っていること (来院の目的・症状)  痛い(はげしい・にぶい)・苦しい・動かない・だるい・しめつけられる・はれている・その他( )  症状はいつから 今日・昨日・( )日前から・1週間以上前から たれまでに病気をしたことがあれば、・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	渡航歴	*ここ最近、海外での感染症が増加しています。 渡航歴のある方は、必ず詳細にご記入をお願いいたします。
2. ない   3. ない   2. ない   3. ない   3. ない   3. ない   3. ない   4.		1. ある 国名( )
一番困っていること (来院の目的・症状)  ぶんなふうに (〇をつけて下さい) 症状はいつから 今日・昨日・( )日前から・1週間以上前から  これまでに病気をしたことがあれば。 記入して下さい  吹煙について なし あり( 本/日)  飲酒について なし あり(毎日・時々 ml)  食欲 ある ない  睡眠 眠れる 眠れない  良い		期間(年月日~年月日)
(来院の目的・症状)         どんなふうに (Oをつけて下さい)       痛い(はげしい・にぶい)・苦しい・動かない・だるい・ しめつけられる・はれている・その他( )         会日・昨日・( )日前から・1週間以上前から         まれまでに病気をしたことがあれば、記入して下さい         記入して下さい         なし あり( 本/日)         飲酒について       なし あり(毎日・時々 ml)         食欲       ある ない         睡眠       眠れる 眠れない         良い		2. ない
COをつけて下さい       しめつけられる・はれている・その他( )         症状はいつから       今日・昨日・( )日前から・1週間以上前から         病名       いつごろ 治療を受けた病院・医院名・したことがあれば、これで下さい         収煙について       なし あり( 本/日)         飲酒について       なし あり(毎日・時々 ml)         食欲       ある ない         睡眠       眠れる 眠れない         良い		
病名     いつごろ     治療を受けた病院・医院名       これまでに病気をしたことがあれば、こ     ・       配置について     なし あり(本/日)       なし あり(毎日・時々 ml)       食欲     ある ない       睡眠     眠れる 眠れない       良い		
これまでに病気を したことがあれば 記入して下さい なし あり( 本/日) 飲酒について なし あり(毎日・時々 ml) 食欲 ある ない 睡眠 眠れる 眠れない	症状はいつから	今日 ・ 昨日 ・( )日前から ・ 1週間以上前から
飲酒について     なし     あり(毎日・時々     ml)       食欲     ある     ない       睡眠     眠れる     眠れない       良い	したことがあれば	病名 いつごろ 治療を受けた病院・医院名 ・ ・
<b>食欲</b> ある ない <b>睡眠</b> 眠れる 眠れない	喫煙について	なし あり( 本/日)
<b>睡眠</b> 眠れる 眠れない 良い	飲酒について	なし あり(毎日 ・ 時々 ml)
良い	食欲	あるない
便通	睡眠	眠れる 眠れない
一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	便通	
		高い、 ロに「四)ド州 実物 ド州・実物が父互

<<もう一枚、よろしくお願いいたします>>

QR⊐∽h°

## 診療問診票(2枚目)

患者ID 0000000

患者氏名

生年月日

性別

食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか?(例えば、痛み 発疹 息苦しい)

ない

ある(

)

ご家族の中で大きな病気にかかったことのある方はいますか?

いない

いる → 糖尿病 · 高血圧 · 心疾患 · がん · その他( どなたですか?(

## 現在飲んでいる薬はありますか?

ない

ある

\*お薬手帳があれば、この問診票と一緒に提出して下さい。

\*なければ名前を記入してください

)

各項目に当てはまらないものがありましたら、この欄にご記入下さい。

<<ご協力ありがとうございました>>