＜病状問診表（ダウンロード版）＞

年　　月　　日

当院記入欄	カルテNo.
	体温　　℃（　　：　　）

下記の項目についてお答え下さい。

お名前	診断書希望　　ある　　ない

・症状は、いつからありますか？　今朝から　今日の午後から　昨夜から　日前から

・発熱は、いつからありますか？　から（　　℃）　熱はない

風邪症状			
・のどの痛み	ある	少しある	ない
・咳	ある	少しある	ない
・痰	ある	少しある	ない
・鼻水	ある	少しある	ない
・鼻づまり	ある	少しある	ない
・頭痛	ある	少しある	ない
・だるさ	ある	少しある	ない
・さむけ	ある	少しある	ない
・関節痛や筋肉痛	ある	少しある	ない
・食欲	ある	少しある	ない
・周囲にｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞの人がいますか？	いる	いない	

膀胱炎症状			
・頻尿	ある	少しある	ない
・尿のにごり	ある	少しある	ない
・血尿	ある	少しある	ない
・排尿時痛	ある	少しある	ない
・残尿感	ある	少しある	ない

胃腸症状			
・吐き気	ある	少しある	ない
・嘔吐	ある	少しある	ない
＿＿＿回			
・胃痛	ある	少しある	ない
・腹痛	ある	少しある	ない
・軟便	ある	少しある	ない
・下痢	ある	少しある	ない
＿＿＿回			
・便秘	ある	少しある	ない
・下血、血便	ある	少しある	ない
（鮮血・黒色便）＿＿＿回			
きっかけがありますか？			
	ある	分からない	ない
・カキ　・鳥刺　・その他			

その他

上記症状について、何か服用中の薬はありますか？

いいえ・はい　・市販薬（　　）

・前にもらった当院の薬（　　）

・他院からの薬　病院名（　　）

時期（　　）

薬剤名（　　）

他に当院以外で通院中の疾患、服用中の薬があれば、分かる範囲でご記入お願いします。

アルコールは飲みますか？　1. はい（平均　　）　2. いいえ

タバコは吸いますか？　1. はい（一日　　本）　2. いいえ

インフルエンザのワクチンは受けていますか？

済　時期（　　）　場所（当院・他院）

未

※ 女性の方へ

現在、妊娠していますか?　1. はい（　　ヶ月）　2. いいえ

現在、授乳中ですか?　1. はい（　　ヶ月）　2. いいえ

※授乳は中止できますか？　1. はい　2. いいえ

最終生理はいつですか?　年　月　日

医療法人　やの内科胃腸科クリニック　電話：092-512-7560