

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

--

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温： °C	脈拍： 回/分
氏名			血圧： / mmHg	
携帯	- -		身長： cm	体重： kg
緊急 連絡先	氏名： 続柄：		呼吸数： 回	SPO2： %
	電話番号： - -			

① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位() <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()			
② 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名)	年齢	医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか？ お薬手帳を持参されていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ 薬品名() 症状()			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 以下のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名：) 症状() <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> リブレ <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 喫煙歴はありますか？(電子タバコも含みます) (歳頃から 本/日) (喫煙歴： 年)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ お酒は飲みますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、自分で病状説明を聞きますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 必要時、輸血を受けますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 女性の方へお尋ねします。妊娠中、または可能性はありますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください			() 歯科