

内分泌代謝科問診票

看護師記入時間 (:)

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無・有 ()

かかりつけ医 無・有 ()

持参資料 無・有 ()

付き添い 無・有 ()

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ () 歳

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している()週・授乳中

●いつから、どのような症状がありますか？

(症状) _____ (いつから) _____

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん()・狭心症・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症

その他() _____)

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ()病名() _____)

手術: いつ() 術名() _____)

輸血: なし・あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

() _____)

●アレルギーはありますか？

ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物()・薬()・造影剤

●薬を飲んで具合が悪くなったり、発疹が出たりしたことはありますか？

ある・ない

あるとお答えの方は何の薬かわかりましたらお書きください。

●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない・やめた・吸う) () 本/日 () 歳～ () 歳まで

飲酒・・・(飲まない・やめた・飲む) 種類() 量() 合 () mL

() 歳～ () 歳まで () 回/週・月 ()

●希望されること(検査等)、心配なことはありますか？

●健康診断を一年以内に受けたことはありますか？

ある(胸部レントゲン・胃カメラ又はバリウム)・ない

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい・いいえ