

問診票(再診時)

名前 _____ 本日の体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg
身長 _____ cm 体重 _____ kg 脈拍 _____ /分 SpO2 _____ %

当院では円滑な診療を行うため診察前に問診票の記入をお願いしております。

下記の質問に関し当てはまる所にチェックをお願いいたします。

1. 本日の受診について

◎ 最近の調子は (よい ・ 普通 ・ 悪い)

↓
詳しく教えてください。

前回受診後・ _____ 日前から

- ☐ 咳がよくなる・ひどくなった ☐ 痰が増えた・痰が()色
☐ 咳で夜眠れない ☐ 呼吸が苦しい ☐ ゼーゼー・ヒューヒューする
☐ 鼻水・鼻づまり ☐ 喉の痛み ☐ 薬が合わない
☐ その他

()

☐ 検査を希望 _____ の検査

☐ 定期的内服・吸入薬がなくなった

☐ 院内での点滴・吸入を受けたい

2. 5日以内に37.5℃以上の発熱はありましたか？

☐ なかった ☐ あった(最高 _____ °C)

3. 薬は規則正しく服用(吸入・外用)できましたか？

- ☐ できた・ほぼ出来た ☐ 時々忘れた
☐ 半分ぐらい残っている ☐ ほとんど残っている
☐ 現在薬は服用していない

4. 残っている薬があれば名前と残数を教えてください。

()

患者さんによって他にも問診票の記載をお願いすることがあります。