

内科問診票

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 (歳)	体温
お名前	[旧姓:]				°C
住所	〒		電話		体重 <small>小学生以下の方のみ</small>
					kg

1. いつからですか？	昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 ()
2. どうなさいましたか？	<p>風邪症状 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い</p> <p>頭・目 頭痛が続く ・ めまいがする</p> <p>胸・からだ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や体のむくみ</p> <p>お腹 腹痛 ・ お腹が張る ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘</p> <p>慢性的な疾患 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病</p> <p>その他 検診で異常を指摘された ・ 健康診断 ・ 予防接種の希望 その他 ()</p>
3. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？	<p>いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。</p> <p>高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳卒中 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ その他 ()</p> <p>治療されていますか？ (している ・ していない)</p>
4. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？	<p>いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。</p> <p>()</p> <p>※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。</p>
5. お薬や食物などでアレルギーが出た事がありますか？	<p>いいえ ・ はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。</p> <p>どのようなものですか？ (食べ物 ・ 薬) ()</p>
6. 飲酒はされますか？	<p>飲まない ・ 飲む</p> <p>1日に () 程度、1週間に () 程度、定期的に飲まない</p>
7. タバコを吸いますか？	<p>吸わない</p> <p>昔は吸っていた (年 × 本/日)</p> <p>今も吸っている (年 × 本/日)</p>
8. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？	いいえ ・ はい
9. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (該当する項目全てに○をしてください)	<p>近所に在住 (通勤 ・ 通学路) ホームページ 広告 知人の紹介</p> <p>他の医療機関からの紹介 その他 ()</p>