

# 内科問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大昭平	年 月 日 ( 歳)	体温
お名前	[旧姓: ]					°C
住所	〒		電話			体重
						小学生以下の方のみ
						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><b>風邪症状</b> 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><b>頭・目</b> 頭痛が続く ・ めまいがする</p> <p><b>胸・からだ</b> 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><b>お腹</b> 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><b>慢性的な疾患</b> 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病</p> <p><b>その他</b> 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>