

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 °C
お名前	[旧姓：]				
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>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？	いいえ · はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。 高血圧 · 高脂血症 · 糖尿病 · 痛風 · 狹心症 / 心筋梗塞 · 脳卒中 前立腺肥大 · 緑内障 · その他 () 治療されていますか？ (している · していない)		
4. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？	いいえ · はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。 () ※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。		
5. お薬や食物などでアレルギーが出た事はありますか？	いいえ · はい ※「はい」の方は以下もご記入ください。 どのようなものですか？ (食べ物 · 薬) ()		
6. 飲酒はされますか？	飲まない · 飲む 1日に()程度、 1週間に()程度、 定期的に飲まない		
7. タバコを吸いますか？	吸わない 昔は吸っていた (年 × 本 / 日) 今も吸っている (年 × 本 / 日)		
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)			
近所に在住 (通勤 · 通学路)	ホームページ	広告	知人の紹介
他の医療機関からの紹介	その他 ()		