

--	--	--	--	--

問 診 票 (内科) 受診日(西暦) 年 月 日

身長 cm 体重 kg 体温 °C

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名 前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒	電話 (携帯)	()

1. 今日はどんな理由で受診なさいますか？

<風邪症状>	いつからですか ()
・熱 (°C) ・のどが痛い・鼻水/鼻づまり・咳・痰・息苦しい・頭痛・関節が痛い・寒気・だるい ・吐き気、嘔吐、下痢・ その他 ()	

<風邪症状以外>	いつからですか ()
「消化器症状」 ・腹痛・胃の痛み・腹満感・胸やけ・食欲不振・便秘・血便 「循環器症状」 ・血圧が高い・めまい・立ちくらみ・頭痛・胸痛・動悸 ・息切れ・顔や体のむくみ 「そ の 他」 ・尿が近い・排尿時の痛み・全身倦怠・血便・血尿 ()	

健康診断・健診で異常を指摘された・予防接種 ()

プラセンタ注射・にんにく注射・その他 ()

2. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか？ ・いいえ ・はい

・医療機関名： ・病名：

3. 現在飲まれている薬がありますか？ いいえ・はい ()

※お薬手帳等あればご提示ください

4. 今までかかった病気はありますか？ ・いいえ・はい

高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症・心筋梗塞・脳卒中・その他 ()

5. 過去に怪我や病気で手術又は治療をしたことはありますか？

・いいえ・はい ()

6. 今までお薬や注射、食品などでアレルギーをおこしたことがありますか？

・いいえ・はい ()

7 アルコールは飲みますか？ いいえ・はい

(・毎日 ・週に 回位 ・月に 回位)

8. (女性の方のみ) ① 現在妊娠中ですか？ いいえ・はい

② 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

9. 煙草は吸いますか？ いいえ・はい (1日 本くらい)

10. 当院に来院されたきっかけを教えてください

・インターネット (クリニックホームページ・足立区ドクターズ・ドクターズファイル・その他)

・他医療機関の紹介・近所に在住、在勤、通学・家族が通院・知人の紹介

その他 ()

11. その他 (医師に伝えたいことがあればお書きください)