

問 診 票 (内科)

受診日 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	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒	電話(携帯)	()

1. 今日はどう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 (_____)

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. (女性のかたのみ) 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

・ 1. パソコン 2. スマートホン (当院ホームページ、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)