

ID: _____

平成 年 月 日

問診票 (内科) 体温 (.)

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	()

1. どうなさいましたか？

いつからですか？ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前()

< かぜ症状 >

・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い

< 頭・目 >

・ 頭痛が続く ・ めまいがする

小学生以下の方は体重を記入してください
(. kg)

< 胸・からだ >

・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や体のむくみが気になる

< お腹 >

・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘

< 慢性的な疾患 >

・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病

< その他 >

・ 健診で異常を指摘された ・ 健康診断
・ 予防接種の希望 ・ その他()

記入の必要はありません。
「Nsメモ」
DM ・ HT ・ BPH
アストマ
HD ・ PM

2. 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？ ある ・ ない

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()

治療されていますか？ している ・ していない

3. 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？ ある ・ ない

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。

()

4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

どのようなものですか？ 食べ物 ・ 薬

()

5. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住(通勤・通学路) / ホームページ / 広告(駅地図広告・電柱広告) / 知人の紹介
他の医療機関からの紹介 / その他()