

ID: _____

令和 年 月 日

内科問診表

体温 (. 度)

フリガナ		性別	年齢
お名前		男・女	才
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	自宅	
住所	〒	携帯	

※患者様よりご提供いただいた個人情報とは当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

1. どうなさいましたか？

身長: _____ cm 体重: _____ kg

いつからですか？	<input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2日前 <input type="checkbox"/> 3日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> それより前 ()
症状は？	
かぜ症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 鼻水/鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節が痛い
頭・目	<input type="checkbox"/> 頭痛が続く <input type="checkbox"/> めまいがする
胸・からだ	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れがする <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感がある <input type="checkbox"/> 顔や体のむくみが気になる
お腹	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 血便が出た <input type="checkbox"/> 便秘
慢性的な疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	<input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された <input type="checkbox"/> 健康診断希望 <input type="checkbox"/> 予防接種の希望 ()

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？

 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 狭心症/心筋梗塞 脳卒中

()

→治療されていますか？ していない している (医療機関名:)3. 他院からの紹介状をお持ちですか？ いいえ はい4. 現次飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？ 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。

現在服用中の薬がある方は、お薬の名前をご記入ください。

5. お薬や食物などでアレルギーがで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 ()

6. 近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか？

 癌 脳出血 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 腎臓病 結核 その他 ()

7. 喫煙/飲酒について

たばこ 吸わない 吸う (1日に 本、約 年間)飲酒 飲まない 飲む (種類:)(量: 1回 杯 / 毎日 週に1~3回 月に1~3回)8. 最近、海外へ行かれましたか？ いいえ はい (国名:)9. 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい10. この1年間で、健康診断を受けましたか？ いいえ はい11. マイナ保険証による新情報取得に同意して頂けますか？ いいえ はい