

# 内科問診票

令和 年 月 日

ご面倒をおかけいたします。診療に役立てるため下記の質問にお答えください。

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 ( 明治 大正 昭和 平成 )

お名前 \_\_\_\_\_ 年 月 日生まれ \_\_\_\_\_ 歳 男性・女性

ご住所〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 ( 携帯電話等 ) \_\_\_\_\_

該当する症状に  をつけてください

1) 本日はいががなされましたか？

( \_\_\_\_\_ °C ) 熱がある  咳  痰  鼻水  頭痛  喉が痛い

胸痛  発疹  動悸  息切れ  むくみ  めまい

胸の圧迫感  腹痛  胃痛  高血圧  しびれ  口渇

体重の減少  腹が張っている感じ  食欲不振  嘔吐  吐き気

下痢  血便  だるい  疲れやすい  その他 ( \_\_\_\_\_ )

それはいつ頃からですか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

2) 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか？

ない  ある →  薬  食物  花粉 ( スギ・ヒノキ他 )  その他

3) 現在飲んでいる薬はありますか？

ない  はい ( はいの場合、お薬手帳等をお持ちであれば受付にお出し下さい。

または、以下にわかる範囲でご記入ください)

薬の名前、種類 ( \_\_\_\_\_ )

4) お酒は飲まれますか？

いいえ  はい ( 週 \_\_\_\_\_ 回位 )

5) タバコは吸いますか？

いいえ  はい ( 1 日 \_\_\_\_\_ 本位 )

6) 女性の方への質問です

妊娠していますか、またその可能性はありますか？

いいえ  はい → \_\_\_\_\_ ヶ月  わからない

授乳中ですか？

いいえ  はい

7) 過去にどのような病気をしましたか？

胃腸の病気  肝臓の病気  心臓の病気  腎臓の病気  結核

糖尿病  喘息  高血圧症  甲状腺の病気  狭心症

脳血管障害 ( 脳出血・脳梗塞・クモ膜下出血など )  心筋梗塞  その他

その病気は治りましたか？

いいえ  はい

8) 手術を受けた事がありますか？

いいえ  はい

9) 輸血を受けた事がありますか？

いいえ  はい

10) 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？

通りがかりに見つけた  近所なので  紹介  電話帳・市の案内

電柱広告  HP  以前に受診したことがある  その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入いただきましたら受付にお渡しください。ご協力ありがとうございました。

個人情報につきましては、当クリニックの個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

山本内科クリニック 院長 山本一哉