

問診票 《内科》

ID: _____

平成 年 月 日

体温: _____ °C

フリガナ	性別	男 ・ 女	
ご氏名	↓女性（成人）の患者様へのご質問（○で囲んで下さい）		
	↓		
	妊娠の可能性は、ありますか？	妊娠中	授乳中
	あり ・ なし		
生年月日 : ・大正 ・昭和 ・平成 年 月 日 ()才			
住所: 〒 - 区・市・郡			
TEL: ()		携帯番号: ()	
職業:			

◇問 1. ①本日はどうなさいましたか？

- ・熱がある ・喉が痛い ・咳がでる ・痰がでる ・鼻水 ・鼻づまり ・頭痛 ・関節痛
- ・だるい ・下痢 ・吐き気 ・嘔吐 ・食欲不振 ・胃痛 ・腹痛 ・便秘 ・お腹の張り
- ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・胸の圧迫感 ・むくみ ・めまい ・不眠 ・花粉症

その他:

→上記症状について、他院に受診しましたか？ いいえ・はい（病院名: _____）

→上記症状について、薬を服用しましたか？ いいえ・はい（市販薬: _____ 処方薬: _____）

②健康診断で指摘をうけた。 いいえ ・ はい（※はいの方は健診結果を受付までご提示下さい。）

◇問 2. 症状はいつ頃からですか？ [・今日から ・ _____日前から ・それ以外 _____頃]

◇問 3. 今までに手術歴はありますか？ なし ・ あり [手術名: _____]

◇問 4. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？ [なし ・ あり]

- 1) 高血圧 2) 糖尿病 3) 脂質異常症 4) 心臓血管疾患 5) 肝疾患 6) 腎疾患
- 7) 高尿酸血症／痛風 8) 脳血管疾患 9) 貧血
- 10) その他 (_____)

→常用しているお薬をご記入ください。 [_____]

お薬手帳等をお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします。

→服用しているサプリメントがあればご記入ください。 [_____]

◇問 5. 現在、他に違う病気で治療を受けていますか？

いいえ・はい [病名: _____]

◇問 6. 薬や注射などの過敏症（アレルギー）はありますか？

いいえ・はい [薬名: _____ 食物: _____ その他: _____]

◇問 7. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- ・ご家族 ・知人の紹介（ご紹介者名 _____）
- ・他・医療機関からの紹介 ・近所に在住 ・ホームページ ・インターネットで検索 ・広告
- ・以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある ・ポータル内にお勤めしている
- ・その他 (_____)

*** えのもとファミリークリニック ***

ご記入ありがとうございました。
待ち時間に、ショッピングモールなど、外出された
方は、ご遠慮なくお申し出ください。