

内科問診票

medical questionnaire

受診日：____年____月____日

ふりがな () 氏名	性別 男・女	職業	
生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平	年齢 歳	身長 cm	体重 kg
住所 〒			
電話番号	携帯電話	メールアドレス	

下記の質問にお答えください

① 紹介状は？ (なし ・ あり：医療機関名 _____)

② 何が一番お困りですか？

- ・いつから _____
- ・どんな症状 _____
- ・痛みはありますか？ (なし ・ あり) ありの場合：どこに？ _____

③ 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？

(なし ・ あり) ありの場合： _____

④ 近親者（血のつながった方）に次の病気がありますか？

- (はい ・ いいえ) はいの場合：
- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> 脳こうそく | <input type="checkbox"/> 心筋こうそく |
| <input type="checkbox"/> 狭心症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 結核 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | _____ | | |

⑤ 食物や薬品のアレルギーはありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：食品名、薬品名 _____

⑥ 現在飲んでいる薬があれば、お書きください。

⑦ 当てはまるところを選んでください。

- 便通 快便 下痢 便秘 (_____ 日に _____ 回)
- たばこ 吸わない 吸う (1 日に _____ 本、約 _____ 年間)
- お酒 飲まない 飲む (種類： _____)
- お酒の量 一回 _____ 杯 毎日 週に 1 ~ 3 回 月に 1 ~ 3 回

⑧ 女性の方へ。 妊娠している可能性は？ (なし ・ あり)

・最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経している

ありがとうございました。 伊藤クリニック スマイルクリニック サニークリニック