

**【問診票：内科】**

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	男性 ・ 女性
氏名				生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日
					( 歳 )
住所	〒			電話番号	携帯： - ( ) -
					固定： - ( ) -
				緊急連絡先	- ( ) - (関係：)
※女性の方	妊娠の可能性 あり なし	妊娠中	授乳中	体温	℃

(1)本日はどうなされましたか？

発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり のどの痛み 咳 痰 胸痛 動悸 息切れ 胸焼け 腹痛 胃もたれ

吐気 嘔吐 下痢 便秘 めまい 健康診断の二次検査

その他( ) ※インフルエンザ流行時スタッフより検査希望の有無を確認

(2)それはいつ頃からですか？

【 】

(3)今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？【 はい ・ いいえ 】

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 胃・大腸ポリープ

その他( )

(4)今までに手術を受けられた事がありますか？【 はい ・ いいえ 】

【 】

(5)現在服用中のお薬はありますか？【 はい ・ いいえ 】

※『はい』の場合は記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。

【 】

(6)アレルギー(薬の場合副作用も)はありますか？【 はい ・ いいえ 】

薬( )食べ物( )花粉( )

その他( )

(7)アルコールは飲まれますか？【 はい ・ いいえ 】

1日量はどのくらいですか？ ビール( )本、日本酒( )合、その他( )

(8)タバコは吸われますか？【 はい(1日 本、喫煙 年間) ・ いいえ 】

(9)当院を知られたきっかけをお聞かせください。

1.ホームページを見た 2.チラシ・パンフレットを見た 3.電柱広告を見た

4.バスアナウンスを聞いた 5.駅広告を見た

6.紹介された(紹介者： ) 7.その他( )