

ID: \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 問診票 (内科) 体温 ( . °C)

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒	電話	( )

### 1. どうなさいましたか？

いつからですか？ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 ( )

#### <かぜ症状>

・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い

#### <頭・目>

・ 頭痛が続く ・ めまいがする

小学生以下の方は体重を記入してください  
( . kg)

#### <胸・からだ>

・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や体のむくみが気になる

#### <お腹>

・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘

#### <慢性的な疾患>

・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病

#### <その他>

・ 健診で異常を指摘された ・ 健康診断  
・ 予防接種の希望 ・ その他 ( )

### 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？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳卒中

その他 ( )

→治療されていますか？ している ・ していない

### 3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ 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。

( )

### 4. お薬や食物などでアレルギーが出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

( )

### 5. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ / 広告(駅地図広告・電柱広告) / 知人の紹介  
他の医療機関からの紹介 / その他 ( )