よどやばし
メディカルクリニック

患者 ID：

年　　月　　日

内科外来問診票（1）

検温：＿＿＿＿＿℃

フリガナ

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（ 男 ・ 女 ・ その他 ）

生年月日：　　年　　月　　日　　年齢：＿＿＿＿歳

住所：〒　　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。現在の症状について当てはまるものすべてに☑をつけてください。

- ☐ 発熱（　　℃）
- ☐ せき
- ☐ 鼻水
- ☐ 頭痛
- ☐ 吐気・嘔吐
- ☐ 便秘
- ☐ 腰痛
- ☐ 身体がだるい
- ☐ ふらつく
- ☐ その他（　　）
- ☐ のどの痛み
- ☐ たん
- ☐ 関節の痛み
- ☐ 腹痛
- ☐ 下痢
- ☐ 食欲不振
- ☐ 息苦しい
- ☐ めまい
- ☐ 血圧が高い（　　mmHg）

2. いつ頃から症状がありますか。

年　　月　　日

3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、☑をつけてください。

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 喘息　☐ 肺炎　☐ 結核　☐ 腎臓病　☐ 肝臓病

☐ 心臓病　☐ 不整脈　☐ 脳梗塞

☐ その他（　　）

裏に続きます

よどやばし
メディカルクリニック

患者 ID：

内科外来問診票（２）

4. 今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか。

はい　・　いいえ　　病名または手術名（　　）

5. 現在服用している薬はありますか。

はい　・　いいえ　　薬の名前（　　）

6. アレルギー体質はありますか。

はい　・　いいえ　　何のアレルギーですか（　　）

7. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。

タバコ：　はい　・　いいえ　（　　本数　　日）

お酒　：　はい　・　いいえ

8. （女性の方）妊娠の可能性はありますか。

はい　・　いいえ　・　分からない

9. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものに☑をつけてください。

☐ 近所に在住　☐ 勤務先が近い　☐ ホームページ　☐ 入口の表示を見て

☐ パンフレット・チラシ　☐ 家族の紹介　☐ 知人の紹介　☐ 他院の紹介

☐ SNS　☐ その他（　　）

ご協力頂きありがとうございました