

内科外来問診票 (1)

フリガナ

検温 : _____℃

お名前 : _____ (男・女・その他)

生年月日 : 大正・昭和・平成 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。

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

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

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. 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

その他 ()

ご協力頂きありがとうございました