

年 月 日

問診票(内科)

やまだ内科クリニック

ふりがな		性別	生年月日			職業
名前	様	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	年齢 (歳)	
住所	〒			電 話	(自宅)	(携帯)
身長	cm	体重	kg	体温	度	

問診	ご記入欄☑
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 熱がある (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘 <input type="checkbox"/> 他院で内科受診を勧められて <input type="checkbox"/> その他 ()
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から
食事はとれていますか？	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> いつもより少ない <input type="checkbox"/> 食べれない
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
通院中や以前かかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> その他 ()
内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬 () ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
入院・手術をしたことはありますか？	病名 () 年齢 (歳) 病名 () 年齢 (歳)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬品名 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他 ()
たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸う 本/日 年間 <input type="checkbox"/> 吸っていた 本/日 年間
お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 飲む 何を () 週に () 日
家族・親族に次のような病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 高脂血症 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 肝臓病 () <input type="checkbox"/> がん ()
女性の方へ 妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 週 <input type="checkbox"/> 不妊治療中 <input type="checkbox"/> 授乳中 (<input type="checkbox"/> 完全母乳 <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> ミルクのみ)
何か質問、ご相談ありますか？	