内 科 問 診 票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年齢 | 才 | 性別 | 男性・女性 | 体温 | 度 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | T・S・H・R 　年　　　月　　　日 | 身長 | cm | 体重 | kg |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |

1. **いつ頃からどのような症状でお困りですか？**

いつ頃からですか？

□昨日から　□（　）日前から　□（　）週間前から　□（　）ヶ月前から　□その他（　　　）

どのような症状ですか？

□頭痛 □せき □鼻水 □のどの痛み 　　□熱

□胸が痛い □息苦しい □脈が飛ぶ □動悸 　　□めまい

□お腹が痛い □胃が痛い □下痢 □便秘 　　□吐き気・嘔吐

□その他の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□健康診断結果の再検査、相談（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **この症状で、検査や治療を受けていますか？** □いいえ　□はい（　　　　　　　　　　　　　　）
2. **今までに下記の病気にかかったことはありますか？**

□喘息 　　□高血圧　　　□心臓病　　□コレステロール異常　　□肝臓病 　□じん臓病

□糖尿病　　□前立腺肥大　□緑内障　　□白内障　　□その他（　　　　　　　　　　　）

1. **今までに入院や病気やけが、手術されたことがありましたらご記入してください。**
2. **現在、他の病院にかかっていますか？**　　　　　□いいえ　□はい（　　　　　　　　　　　　　　）
3. **現在内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出しください**。
4. **今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不快など）を起こしたことがありますか？**

□いいえ　□はい（卵・牛乳・青魚・花粉・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **日常生活について、お答えください**。

**タバコについて** □吸わない　□吸っていた　□吸っている　１日（　　）本（　　）年くらい

**アルコールについて**□飲まない　□毎日　□週（　）回　□月（　）回　ｱﾙｺｰﾙの種類：

1. **女性の方のみお答えください**。

　**妊娠中ですか？**□いいえ　□可能性あり　□はい　**授乳中ですか？**　□いいえ　□はい

1. **車やバイクを運転されますか？**　□いいえ　□はい　**高所での作業をされますか？**□いいえ　□はい
2. **領収書の明細発行は必要でしょうか？**　□いいえ　□はい

**ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。**

**せの内科クリニック**