

## 内科 問診票

患者ID ( )

記入日: 20 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年 月日	西暦 年 月 日			歳	既婚 ・ 未婚
職業			身長cm	体重kg			分院歴
【女性の方のみお答えください】							<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック
Q. 現在妊娠していますか	いいえ ・ はい(現在妊娠 カ月) ・ 不明						
Q. 現在授乳中ですか	いいえ ・ はい						
Q. 出産回数 ( ) 回							

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

## 1. 本日はどのような症状で来院されましたか?

Q. いつ頃から ( )

Q. 現在の症状

頭痛 発熱 肩の痛み 背中の痛み 胸痛 動悸 息切れ めまい 吐き気

嘔吐 腹痛 下痢 便秘 セキ 鼻水・鼻づまり 胸やけ のどの痛み

その他の症状 ( )

\*かぜ症状のある方

Q. インフルエンザの検査を希望しますか [ いいえ ・ はい ]

Q. お近くに同じような症状の方がいましたか [ いいえ ・ はい ]

## 2. 既往歴 [ なし ・ あり ]

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気にしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ( 不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 ) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血

⑥緑内障 ⑦肝臓病 ( \_\_型肝炎 ) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん ( 癌 )

⑫その他 [ ]

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [ なし ・ あり ]

病名: / 手術を受けた時期 ( )

病名: / 手術を受けた時期 ( )

## 3. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [ なし ・ あり ]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ ・ はい

\*以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

Q. お薬手帳の持参はありますか [ なし ・ あり ]

## 4. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [ なし ・ あり ]

お薬 ( )

食べ物 ( )

局所麻酔薬 ( )

消毒薬 ( )

その他 ( )

## 5.嗜好品について

タバコ : 吸わない ・ 吸う(1日 本)

飲酒 : 飲まない ・ 飲む(1日量: )

## 6. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか?

いいえ ・ はい

場所 ( )

いつ ( )

## 7. 新型コロナウイルス感染症にかかった事はありますか?

いいえ ・ はい

いつ ( )

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。

2022.05