

内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日	歳
氏名		女						
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
現在妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(現在妊娠 月)								
現在授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								

1. どのような症状で来院されましたか？

- 腹痛 下痢 お腹のはり 胃痛 食欲不振 胃もたれ 胸やけ
 吐き気 嘔吐 背部痛 頭痛 めまい 発熱
 胸痛 動悸 息切れ ふらつき その他()

・上記の症状が始まったのは、いつからですか？

[]

2. 現在治療中、今までかかった病気はありますか？ [なし ・ あり]

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 (不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) 前立腺肥大
 脳梗塞・脳出血 緑内障 肝臓病 (___型肝炎) 腎臓病 喘息 精神疾患
 がん (癌) その他 []

・通院中の医療機関名 []

・今までに手術を受けたことがありますか？ [なし ・ あり]

手術名: / 時期 [] 治療医院 []
 手術名: / 時期 [] 治療医院 []

3. この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？ [なし ・ あり]

受診時期 [] 指摘事項 []

4. 現在服用中のお薬はありますか？ [なし ・ あり]

血液がさらさらになるお薬を服用 [なし ・ あり] ↓ 現在服用している薬をお書きください
 お薬手帳の持参 [なし ・ あり]

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ [なし ・ あり]

- お薬 [] 金属 ゴム アルコール消毒
 食べ物 [] その他 []

6. 嗜好品についてお答えください

タバコ : 吸わない 過去に吸っていた [1日 本 歳まで] 吸う (1日 本)
 飲酒 : 飲まない 機会飲酒 飲む (1日量:)

7. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ [なし ・ あり]

いつ [] 場所 []

8. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか？ [なし ・ あり]

いつ []