

ますだ内科クリニック問診票

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所 〒 _____ 体温 (_____ °C)

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____ (続柄: _____)

【1】今日はどうかさいましたか (下記のあてはまるところに○をつけてください)

- <かぜ症状> ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水/鼻づまり ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛
- <全身> ・身体がだるい ・手足がむくむ ・手足がしびれる ・身体がかゆい
- <頭・目> ・頭痛が続く ・めまいがする
- <胸> ・息苦しい ・息が切れる ・ぜいぜいする ・胸痛 ・動悸 ・胸の圧迫感がある
- <お腹> ・腹痛 ・お腹がはる ・下痢 ・吐き気 ・食欲がない ・血便が出た ・便秘
- <その他> ・健診で異常を指摘 ・予防接種希望 ・生活習慣病(高血圧など)の治療

【2】症状はいつからですか

(月 日 時ころから)

【3】今までにかかった、または現在治療中の病気や手術歴はありますか (あり ・ なし)

- ・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・じんましん ・アレルギー ・てんかん ・肝臓病
- ・腎臓病 ・不整脈 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳卒中
- ・その他 () ・受けた手術 ()

→現在、治療されていますか? (している ・ していない)

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

【4】両親や兄弟(姉妹)など(血縁の家族)で、下記の病気やその他の大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか

- ・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・アレルギー ・肝臓病 ・腎臓病 ・心筋梗塞 ・脳卒中
- ・その他 ()

【5】簡単な生活歴を教えてください。

- ・結婚:(未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ その他:)
- ・職歴在職中(職業) ・ 無職 ・ 学生

【6】たばこは吸いますか。

- ・吸わない ・吸う(1日 本くらい 歳から)
- ・過去に吸っていた (1日 本くらい 歳から 歳まで)

【7】お酒は飲みますか。

- ・飲まない ・飲む(1回に 位) (1週間に 回位)

【8】その他

ア・今までに薬や食べ物などで、じんましんやアレルギー症状が出たことはありますか

(はい・いいえ) → はいの場合(薬の名前: 食べ物:)

イ・歯科治療等で局所麻酔を経験したことがありますか。(はい・いいえ)

▶(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか? (はい・いいえ)

▶当院をお知りになったきっかけは何ですか? (複数回答でも構いません。)

近所に在住(通勤・通学路) / インターネット / 広告 / 家族・知人の紹介

他の医療機関からの紹介 / その他 ()