

ますだ内科クリニック問診票

カルテNo. _____

フリガナ
氏名

生年月日(西暦)

年 月 日

住所〒

電話(携帯)連絡先

緊急連絡先

(続柄:)

★新型コロナワクチンを接種しましたか (はい: 回 ・ いいえ)

【1】今日はどうなさいましたか (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

<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

<頭・目> ・頭痛 ・めまい

<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 ・その他

【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 ・緑内障 ・前立腺肥大

・その他 () ・受けた手術 ()

※お薬手帳などをお持ちの方はお見せください

【4】両親や兄弟(姉妹)などで、下記の病気や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

・結婚歴: (未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ その他) ・同居の方 (あり ・ なし)

・職歴: 在職中 (職業) ・ 無職 ・ 学生 ・ その他

【6】身長と体重を教えてください () cm () kg

【7】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)

【8】お酒は飲みますか

・飲まない ・飲む (1回に 位) (1週間に 回位)

【9】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)

▶ 当院をお知りになったきっかけを教えてください(複数回答可)

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()

▶ (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)

