

# まだ内科クリニック・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: )

## 【1】今日はどうなさいましたか

<かぜ症状> •熱がある •喉が痛い •鼻水 •咳 •痰 •その他( )

•身近に感染症(インフルエンザ・コロナ・溶連菌・その他 )の方はいましたか(はい・いいえ)

<呼吸の症状> •息苦しい •息切れ •ぜいぜいする •胸の圧迫感

<その他>(症状: )

## 【2】症状はいつからですか ( 頃から)

## 【3】今までにかかった、病気や手術歴を教えてください

•高血圧 •脂質異常 •糖尿病 •喘息 •小児喘息 •花粉症 •アレルギー性鼻炎

•肝臓病 •腎臓病 •脳卒中 •狭心症/心筋梗塞 •緑内障 •前立腺肥大

•その他( )

•受けた手術( )

## 【4】現在、他の医療機関に通院していますか ( はい • いいえ )

はい→(医療機関名: 受診日: 治療内容: )

現在処方されている薬はありますか ( はい • いいえ )

## ※お薬手帳などお持ちの方はお見せください

## 【5】薬や食べ物などのアレルギーはありますか ( はい • いいえ )

→ はいの場合(薬の名前: 食べ物: )

## 【6】この1年間で健診を受けましたか ( はい • いいえ )

はい→(受診時期: 指摘事項あれば内容: )

## 【7】生活歴を教えてください

•同居の方( あり • なし )

•職歴等: 在職中( 職業 ) • 無職 • 学生 • その他( )

## 【8】たばこは吸いますか

•吸う( 1日 本位 歳から )

•過去に吸っていた( 1日 本位 歳から 歳まで )

•吸わない

## 【9】お酒は飲みますか •飲まない •飲む(1回に を、 mL位)(1週間に 回位)

## 【10】身長・体重を教えてください ( cm )( kg )

## 【11】その他

(女性の方のみ)現在、妊娠中ですか? ( はい:妊娠 週 / 可能性がある / いいえ )

(女性の方のみ)現在、授乳中ですか? ( はい • いいえ )

ありがとうございました まだ内科クリニック 