

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: _____)

【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

ますだ内科クリニック 