

年 月 日

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)

▶新型コロナ感染症にかかったことはありますか (はい:いつ ・ 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)

・ 職歴等: 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)

ありがとうございました ますだ内科クリニック

