

## 一般内科外来問診票 (1)

検温 : \_\_\_\_\_℃

フリガナ

お名前 : \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ・ その他 )

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

勤務先 : \_\_\_\_\_ 勤務先 TEL : \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。現在の症状について当てはまるものすべてに☑をつけてください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 ( _____ ℃) | <input type="checkbox"/> のどの痛み               |
| <input type="checkbox"/> せき            | <input type="checkbox"/> たん                  |
| <input type="checkbox"/> 鼻水            | <input type="checkbox"/> 関節の痛み               |
| <input type="checkbox"/> 頭痛            | <input type="checkbox"/> 腹痛                  |
| <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐         | <input type="checkbox"/> 下痢                  |
| <input type="checkbox"/> 便秘            | <input type="checkbox"/> 食欲不振                |
| <input type="checkbox"/> 腰痛            | <input type="checkbox"/> 息苦しい                |
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい        | <input type="checkbox"/> めまい                 |
| <input type="checkbox"/> ふらつく          | <input type="checkbox"/> 血圧が高い ( _____ mmHg) |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |  |

2. いつ頃から症状がありますか。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、☑をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  喘息  肺炎  結核  腎臓病  肝臓病
- 心臓病  不整脈  脳梗塞
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

裏に続きます

## 一般内科外来問診票 (2)

4. 今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか。

はい ・ いいえ 病名または手術名 ( )

5. 現在服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ 薬の名前 ( )

6. アレルギー体質はありますか。

はい ・ いいえ 何のアレルギーですか ( )

7. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。

タバコ : はい ・ いいえ ( 本数 日)

お酒 : はい ・ いいえ

8. (女性の方) 妊娠の可能性はありますか。

はい ・ いいえ ・ 分からない

9. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものに☑をつけてください。

近所に在住  勤務先が近い  ホームページ  入口の表示を見て

パンフレット・チラシ  家族の紹介  知人の紹介  他院の紹介

SNS  その他 ( )

ご協力頂きありがとうございました