

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。

- | | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | | |

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