

内科問診票

カルテNo. _____

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(受診日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女) (大・昭・平・令) _____年_____月_____日生_____才

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

職業 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体温 _____ °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか(薬の服用がある場合は、その薬の名前もお書き下さい)。
(_____)

2. 最近の体調はいかがですか。

食欲 (ある・普通・ない) 睡眠 (よく眠れる・普通・不眠) 便秘 (_____ 日 _____ 回)

3. 嗜好品についてお答え下さい。

酒 (_____ 才より 1日 _____) ・ たばこ (_____ 才より 1日 _____ 本)

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか (はい _____ 週 ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

月経 (順調 ・ 不順) 最終月経 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) 閉経 (_____ 才)

5. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃(または年齢)ですか。

緑内障 (_____ 歳) 前立腺肥大症 (_____ 歳) 喘息 (_____ 歳) 花粉症 (_____ 歳)

アレルギー性鼻炎 (_____ 歳) 高血圧 (_____ 歳) 糖尿病 (_____ 歳)

その他 病名 (_____) いつ頃 (_____ 歳)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 (_____)

(_____)

7. あなたの血縁関係(祖父・祖母・父・母・兄弟・子供)で次の病気にかかったことがある
又は、かかっている人があれば、○で囲み、どなたか記入して下さい。

高血圧 (_____) 糖尿病 (_____) 心臓病 (_____) 喘息 (_____) その他 (_____)

8. 特定健診の受診歴はありますか? (はい ・ いいえ)

9. 現在、処方されている薬はありますか? (_____)

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

ご協力ありがとうございました。



MIYAMOTO FAMILY CLINIC

みやもとファミリークリニック