

診察前体温 °C

初診問診票 (内科一般)

記入日 年 月 日

ふりがな		男		生年月日 大・昭・平
氏名		女	歳	年 月 日
電話 (自宅)	() -	住所 〒		
(携帯番号)				
身長・体重	cm	kg	家での血圧	/ mmHg
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ()			
他のアレルギー	<input type="checkbox"/> 花粉 (スギ・ヒノキ・イネ・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			
採血時	<input type="checkbox"/> アルコール消毒可 <input type="checkbox"/> アルコール消毒不可 <input type="checkbox"/> 気分が悪くなることがあります			
お薬手帳持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (受付に提出ください。治療中の薬名の記載あれば以下④薬名記入不要です)			

- ① 本日はどのようなことで来院されましたか？ あてはまるものに☑をつけて下さい。
- 発熱 (°C) 咳 痰 のど痛み 鼻水 鼻詰まり
- 吐き気 食欲不振 嘔吐 回/日 腹痛 便秘 日/回 下痢 回/日 血便
- 血圧 (高い 低い) むくみ (足 顔 手) 頭痛 めまい ふらつき
- のどが渇く 頻尿・多尿 排尿時痛 血尿 背中が痛い
- 今シーズンインフルエンザワクチン接種しましたか (はい いいえ)
- インフルエンザの方が周りにいらっしゃいますか (はい いいえ)
- 健診で指摘された (心電図 胸部レントゲン 血液検査 その他)
- その他 ()
- ② 上記の症状はいつからですか？
- () 月 () 日から
- ③ 今回の症状で他院受診または市販薬を服用しましたか？
- いいえ はい 薬名 () 病院名 ()
- ④ 今までにかかった病気又は現在、他院で治療中の病気がありますか？
- なし あり (ありの方は以下記入ください。お薬手帳持参の方は薬名の記入不要です)
- (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
- (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
- ⑤ 家族で以下のような病気にかかった方がいますか？
- 高血圧 (誰が:) 糖尿病 (誰が:) 高脂血症 (誰が:)
- 心筋梗塞 (誰が:) 狭心症 (誰が:) () の癌 (誰が:)
- 脳卒中 (誰が:)
- ⑥ アルコール: なし あり (回/ 月・週 何を: ml/日)
- ⑦ タバコ: なし あり (年間 本/日) 禁煙中 (年間 本/日) 吸っていた
- ⑧ 妊娠の可能性 (女性の方のみ) あり なし 授乳中はい いいえ
- ⑨ 当クリニックをどのように知りになりましたか？
- 紹介者 () ホームページ その他 ()