

内科問診票

平成 年 月 日

当院に来院されたのは今回が初めてですか？ いいえ はい

フリガナ	(生年月日)M・T・S・H 年 月 日		
氏名	男・女	年齢	才
ご住所 〒 —	cm		kg
	電話 番号	(自宅)	(携帯)

来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	最高 度	悪寒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回くらい	血液混入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 咳	月 日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体重減少	月 日から	kg減少した	
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から	1日 回くらい	血液混入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日から	へそ周囲・下腹部	背部痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 胃痛	月 日から	黒色便 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日から	しびれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 胸痛	月 日から		
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)	月 日から		
<input type="checkbox"/> 息苦しい	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	月 日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背
<input type="checkbox"/> その他	月 日から		

<症状についてご自由にご記入ください>

上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？ いいえ はい

今までにかかった病気はありますか？ いいえ はい

はいと答えられた方は以下をご記入ください

病名 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障  
甲状腺疾患 その他( )

薬や注射による副作用はありますか？ いいえ はい( )

アレルギーはありますか？ いいえ はい はいと答えた方は該当するものに○をつけてください  
アトピー 鼻炎 喘息 花粉症 その他( )

当院以外で通院されている病院はありますか？ いいえ はい

現在服用されている薬はありますか？ いいえ はい(当院・他院) お薬手帳持参 なし・あり  
お薬名( )

血液サラサラの薬を服用されていますか？(ワーファリン、バイアスピリンなど) いいえ はい

睡眠 よく眠れる ふつう 不眠がち

女性の方のみ 妊娠 している していない 可能性がある 授乳中である

タバコ 吸う 1日平均( )本 吸わない 禁煙した( )年前から

お酒 飲む 1日に飲む量( )( )回/週 飲まない 禁酒した( )年前から

※下記の1~4の検査は保険適用外(患者様10割負担)となります。ご希望の方のみチェックをお願いします。

1. 血管年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
2. 肺年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
3. 骨密度検査(骨粗鬆症)の検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
4. 内臓脂肪解析検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい