

# 問診表

ふりがな		男・女	生年月日
氏名			大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	身長	cm
		体重	kg
電話番号	連絡先 ( - - )	体温	℃
	緊急連絡先 ( - - ) 続柄:	ジェネリックを希望しない (後発薬品)	<input type="checkbox"/>

★本日はどのような症状で受診されましたか。

- ・全身症状 発熱 全身倦怠感 食欲不振 体重減少 手足のむくみ 関節痛
- ・上気道症状 咳 痰 鼻水 咽頭痛
- ・頭部症状 頭痛 めまい
- ・胸部症状 胸痛 動悸 息切れ
- ・腹部症状 腹痛 嘔気嘔吐 下痢 便秘 血便
- ・上記以外 検診異常 検査希望 その他( )

★その症状はいつからですか。 ( )

★今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか。

- いいえ はい( 年 月 日から )にかかっている)

★現在治療中もしくは今までにかかった病気があれば教えてください。

- 高血圧 糖尿病 高脂血症(脂質異常症) 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 脳出血  
喘息 前立腺肥大症 緑内障 その他( )

★定期通院中の医院・病院があれば教えてください。

( )

★現在の飲み薬を教えてください。

- なし あり 薬剤名( )

★お薬手帳はありますか。

- なし あり \*お持ちの方は受付に提出をお願いします。

★薬や食物のアレルギーはありますか。

- なし あり アレルギー名( )

★アルコールについて教えてください。

- 飲まない お付き合い程度 よく飲む
- |     |             |
|-----|-------------|
| ビール | ml/日<br>合/日 |
| 酒   |             |
| その他 |             |

★喫煙について教えてください。

- 吸わない 吸う(1日 本くらい) 以前は吸っていたが今はやめている

★女性の方で当てはまる項目があれば教えてください。

- 妊娠中 授乳中

★当院を何でお知りになりましたか。

- 近所 知人の紹介 他院より紹介 ホームページ 看板

ご記入ありがとうございました。  
もちづき内科クリニック