

太子道診療所 内科初診問診票

記入日： 年 月 日
ID: _____

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|-------|-------|----|----|
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 |
| 氏名 | | | 男 女 | 年 月 日 | | 歳 |
| 電話 | 携帯 | | | 自宅 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名: | 続柄: | 電話番号: | | 身長 | cm |

◆本日はどうされましたか？ 当てはまるものにチェック☑し、いつ頃から始まったかを記載してください

転院希望 → 紹介状持参 あり・なし

痛みがある (部位: _____)

種類: 重い感じ 差し込むような

締め付けられるような ズキズキ ビリビリ

その他 (_____)

咳・痰が出る のどが痛い 鼻水が出る 熱がある

動悸 息が苦しい

吐き気 吐いた 下痢 食欲がない

めまい ふらつく むくみ

尿・便についての相談 (_____)

検査結果の説明 検査異常 (健診後の診察) その他 (_____)

◆症状について該当するもの全てに☑をしてください

絶え間なく続いている 症状が出たり消えたりしている 徐々にひどくなっている

変わらない 良くなっている その他 (_____)

◆今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中

がん 精神疾患 胃腸の病気 肺炎 その他 (_____)

◆現在、定期的にかかっておられる医療機関はありますか？ (はい・いいえ)

[_____]

◆手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ) <何歳ころ 何の病気で>

[_____]

◆現在、内服中の薬(市販薬も含む)はありますか？ (はい・いいえ) <お薬手帳があればお出しください>

[_____]

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方→何に対して、どのような症状 [_____]

◆お酒を飲みますか？

飲む 過去に飲んでいて 飲まない

「飲む・過去に飲んでいて」方→何を: _____ 1回量: _____ 頻度: ほぼ毎日 ・ 週に2~3回 ・ 時々

◆たばこを吸いますか？

吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→ _____ 歳から _____ 歳まで 1日 _____ 本

症状のある部分に
○をつけてください

