**テキスト

中程度の精度で自動的に生成された説明**

**一般内科問診票**

記入日：20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日  大・昭・平・令　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　― | | |
| 電話番号 | (携帯)　　　　　　　　　　　　　　　(自宅) | | |

|  |
| --- |
| **当院を受診されたきっかけを教えてください**  ◻︎紹介(誰から：　　　　　　　　　　　　)  ◻︎新聞・郵便ポストの開院チラシ　◻︎イオンタウンチラシ　◻︎駐車場の看板・通りがかり  ◻︎ネット検索(検索ワード：　　　　　 　　　　　　　)  ◻︎当院ネット広告(googleなど)  ◻︎千葉医療なび　◻︎ドクターズ・ファイル　◻︎病院なび　◻︎カルー(Caloo)  ◻︎ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **当院のホームページはご覧になりましたか？**  ◻︎見ていない　◻︎見た(ご意見(あれば)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**★次のページに続きます★**

|  |
| --- |
| **本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。**  **□痛い：**(□頭　□のど　□胸　□おなか　□その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　)  **□風邪症状：**(□熱　□せき　□息苦しい　□たん　□鼻水)  **◻︎おなかの症状：**◻︎食欲がない　◻︎吐き気　◻︎下痢　◻︎便秘　◻︎便に血が混じる  **◻︎その他：**(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **症状はいつ頃からありますか？**　　約(　　　　）◻︎日前・◻︎週間前・◻︎ヶ月前・◻︎年前 |
| **症状に対して何か対処をされましたか？**  ◻︎市販薬内服(お薬名：　　　　　　　　　　)　◻︎他院受診　◻︎何もしていない |
| **症状について追加で伝えたいこと、特に調べてほしいこと、検査、治療のご希望がありましたらご記入ください。**  ◻︎なし　◻︎ (良く効く薬でも)高額な薬は使いたくない　◻︎薬を一包化したい(同時に飲む薬を一袋にまとめる)　◻︎その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？**  ◻︎なし　◻︎喘息　◻︎緑内障　◻︎高血圧　◻︎糖尿病　◻︎脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)  ◻痛風(高尿酸血症)　 ◻︎脳卒中　◻︎心筋梗塞・狭心症　◻︎癌(具体的に：　　　　　　　　　　）  ◻︎その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？**  ◻︎なし　◻︎あり(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **血のつながったご家族に病気の方がいますか？**  ◻︎なし　◻︎高血圧　◻︎糖尿病　◻︎脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)　◻︎心筋梗塞・狭心症　◻︎脳卒中　◻︎癌(具体的に：　　　　　　　　　　　　)◻︎その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| **現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？**  ◻︎なし　◻︎あり　　◻︎お薬手帳あり　◻︎お薬手帳なし(お薬名：　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **喫煙、飲酒について教えてください**  喫煙：◻︎吸わない　◻︎吸う(　　　本/日×　　年間)  ◻︎禁煙した(　　年前から　それまでの喫煙(　　　本/日×　　年間))  飲酒：◻︎飲まない　◻︎飲む(週　　日)　種類・量(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？**  ◻︎なし　◻︎あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？**  ◻︎いいえ　◻︎はい(◻︎妊娠中　◻︎妊娠の可能性あり　◻︎授乳中) |

**※ご協力ありがとうございました。**