

# 一般内科問診票



記入日：20 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
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。