

内科問診票 (漢方内科希望 有・無)

分院歴	東葛辻仲病院	辻仲柏クリニック	アルト新橋クリニック
	()	()	()

氏名	様	男・女	ご職業
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳
身長	c m	体重	k g
			本日の体温 ℃
			血圧 /
			脈拍

1 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から ()
 どんな症状で
 頭痛 発熱 肩の痛み 背中の痛み 胸痛 動悸 息切れ めまい 吐き気
 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 咳 鼻水・鼻づまり 胸やけ のどの痛み
 その他の症状 ()

2 現在 治療中の病気はありますか？

いいえ はい 医療機関名 ()
 疾患名 ()
 飲んでいる薬 ()

3 いままでにかかった病気を教えてください。

糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 喘息 虫垂炎 胃潰瘍 がん 脳梗塞
 その他 ()

4 いままでに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい 薬 ()
 食べ物 ()
 その他 ()

5 今朝食事を食べましたか？

いいえ はい

6 タバコ・お酒はお飲みになりますか？

タバコ 吸わない 吸う (1日 本) 喫煙歴 ()
 お酒 飲まない 飲む 種類 ビール・焼酎・日本酒・ワイン
 その他 ()

7 ワーファリンなどの血液を固まりにくくする薬を内服していますか？

いいえ はい 薬剤名 ()

8 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性 なし あり 授乳中 はい いいえ

ご協力ありがとうございました。 辻仲病院 柏の葉 内科外来