

内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ	男 女	生年 月日	西暦 年 月 日			歳	既婚 ・ 未婚
氏名							
職業	身長cm		体重kg	分院歴			
【女性の方のみお答えください】						<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠 ヵ月)・不明					
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい					
Q. 出産回数 () 回							

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

Q. いつ頃から ()

Q. 現在の症状

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 セキ 鼻水・鼻づまり 胸やけ のどの痛み

その他の症状 ()

* かせ症状のある方

Q. インフルエンザの検査を希望しますか [いいえ・はい]

Q. お近くに同じような症状の方がいましたか [いいえ・はい]

2. 既往歴 [なし・あり]

Q. 今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血

⑥緑内障 ⑦肝臓病(型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん(癌)

⑫その他 []

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし・あり]

病名: / 手術を受けた時期 ()

病名: / 手術を受けた時期 ()

3. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [なし・あり]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ・はい

* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし・あり]

4. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [なし・あり]

お薬 ()

食べ物 ()

局所麻酔薬 ()

消毒薬 ()

その他 ()

5. 嗜好品について

タバコ: 吸わない・吸う(1日 本)

飲酒: 飲まない・飲む(1日量:)

6. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

いいえ・はい 場所 ()

いつ ()

7. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか？

いいえ・はい いつ ()