

引地クリニック内科問診票(初めての方)

\*カルテ番号 【            】

記入日:令和    年    月    日

フリガナ

お名前

大 .昭 .平 .令       年       月       日生

初めて、当院を受診される方にお伺いします。わかる範囲でお答えください。

《今日はどういったことで、来院されましたか? ○をつけてください》

喉が痛い 咳・痰・鼻水が出る 節々が痛い 体がだるい 熱がある 頭が痛い めまいがする ふらつく

お腹が痛い 便秘 下痢 食欲がない 吐き気 嘔吐 ときどきする 息切れ 胸が痛い 胸が苦しい

むくみ 腰・肩・膝・足が痛い その他(                    )

健診で異常を指摘された (異常を指摘された項目;                    )

今回の症状は、いつ頃からでしたか? (                    )

アルコールは飲みますか? (飲まない/飲む) (1日に飲む量;                    )

タバコは吸われますか? (吸わない/吸う) (1日に吸う本数、喫煙年数; 本/日    年間吸っている)

アレルギー(食べ物、薬、花粉症)はありますか? はい・いいえ (わかる範囲内で御記載をお願いします)

今まで大きな病気/手術をしたことがありますか? (治療中の病気も含めて記載ください)

高血圧 心臓病 不整脈 糖尿病 高脂血症 痛風 喘息 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病

脳血管障害 うつ病 パーキンソン病 認知症 緑内障 手術(                    )

その他(                    )

妊娠中 妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ