

日付 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

### アイランド内科クリニック問診票

本日は、ご来院ありがとうございます。問診票は患者さんのお体全身の状態を把握し、安全に治療を進める上でとても重要な書類です。お手数ですが、わかる範囲でご記入下さい。

体温 度

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		性別：男・女	年齢：	歳	体重：	k g
住所	〒					
電話番号	携帯：	-	-	E-mail:		

該当する□に✓またはご記入をお願いいたします。

<p>本日はどのような症状で来院されましたか？ 紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 痛み … <input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> はきけ～嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不安・不眠 <input type="checkbox"/> うつ</p> <p>その他： 上記症状は ( 日・週・月・年) 頃前からです</p>
<p>普段治療中または過去にかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 精神疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 肺炎・肺気腫 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 ( 型肝炎・肝硬変) <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 結核・HIV その他・具体的に：</p> <p>通院中の病院/クリニック： 手術歴：</p>
<p>現在お飲みになっている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>お薬の種類・名前 ( )</p> <p>&lt;お薬手帳、説明文書、紹介状があれば記入は不要です&gt;</p>
<p>薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>該当する薬や食べ物：</p>
<p>アレルギー体質やアレルギーの病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>ペットを飼っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒ (ペットの種類： )</p>
<p>お酒を飲まれますか？ <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない</p> <p>お酒の種類 (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) 飲む頻度 (時々・毎日・週 回) _____ 年間</p> <p>たばこを吸われますか？ <input type="checkbox"/> 吸う (1日_____本 喫煙歴_____年) <input type="checkbox"/> 吸わない</p>
<p>家族の既往症はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>続柄：<input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神科疾患 <input type="checkbox"/> 癌 ( )</p> <p>その他：</p>
<p>女性の方にお伺いします。 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい</p> <p>また授乳をしていますか？ いいえ・はい</p>
<p>来院のきっかけ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 3 通りがかり・入り口の表示を見て</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ホームページを見て <input type="checkbox"/> 5 新聞広告の折り込みチラシを見て <input type="checkbox"/> 6 電話帳広告を見て</p> <p><input type="checkbox"/> 7 情報誌を見て <input type="checkbox"/> 8 その他 ( )</p>

ご協力頂きありがとうございました。