

# 内科問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(受診日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) (大・昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 才

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか(薬の服用がある場合は、その薬の名前もお書き下さい)。  
( \_\_\_\_\_ )

2. 最近の体調はいかがですか。  
食欲 (ある・普通・ない) 睡眠 (よく眠れる・普通・不眠) 便秘 ( \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 回)

3. 嗜好品についてお答え下さい。  
酒 ( \_\_\_\_\_ 才より 1日 \_\_\_\_\_ ) ・ たばこ ( \_\_\_\_\_ 才より 1日 \_\_\_\_\_ 本 )

4. 女性の方のみお答え下さい。  
妊娠中ですか ( はい \_\_\_\_\_ 週 ・ いいえ ) 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )  
月経 (順調 ・ 不順) 最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
閉経 ( \_\_\_\_\_ 才)

5. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃(または年齢)ですか。  
緑内障 ( \_\_\_\_\_ 歳) 前立腺肥大症 ( \_\_\_\_\_ 歳) 喘息 ( \_\_\_\_\_ 歳) 花粉症 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
アレルギー性鼻炎 ( \_\_\_\_\_ 歳) 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳) 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳) 肝臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
腎臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳) 心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳) 胃潰瘍 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
その他 病名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃 ( \_\_\_\_\_ 歳)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)  
「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )

7. あなたの血縁関係(祖父・祖母・父・母・兄弟・子供)で次の病気にかかったことがある  
又は、かかっている人があれば、○で囲み、どなたか記入して下さい。  
癌 ( \_\_\_\_\_ ) 高血圧 ( \_\_\_\_\_ ) 肺結核 ( \_\_\_\_\_ ) 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ )  
心臓病 ( \_\_\_\_\_ ) 喘息 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

8. 最後に、当クリニックは何で知りましたか?  
( 知人様のご紹介、 インターネットのホームページ、 たまたま前を通過 )

ご協力ありがとうございました。



MIYAMOTO FAMILY CLINIC

みやもとファミリークリニック