

内科問診票

受診日: 年 月 日

フリガナ			生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	歳
氏名			男・女					
住所	〒 - -			携帯番号	- -			
				TEL	- -			

下記のご質問にお答え下さい。

《重要》今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名: _____ 症状: _____

食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名: _____ 症状: _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃からですか。

1~3日前から 1週間前から 1か月前から その他()前から

・どのような症状ですか。

頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 痰
熱 お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢
便秘 嘔吐・吐き気 めまい 体がだるい 体温 ()℃
健康診断結果再検査、相談 その他の症状 ()

・花粉症の症状についてお聞きします ある・ない

2. この症状で、検査や治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書き下さい。

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

4. 今までに入院した病気・けががありましたら記入して下さい。

5. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。
病名: _____

6. 現在、内服している薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬: _____

7. 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1)2)にお答え下さい。

1) 1日に()本くらい 2) ()年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週()日 月()日

※「飲まれる方」は、ご記入下さい。お酒の種類: _____ 量: _____

8. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり 授乳中ですか いいえ はい

9. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他()

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。

- CT: 心臓、大動脈、気管支・肺などの胸部、腎臓、肝臓など様々な病巣を発見することができます。
- MRI・MRA: 頭部、脊髄、胸腹部、心臓、消化器分野など、全身のあらゆる部位の診断に役立ちます。
- 超音波検査: エコーを用いて心臓、胆のう・肝臓・膵臓・腎臓・膀胱などの臓器を観察する検査です。
- 骨密度検査: 骨の強さや骨年齢を検査し必要に応じて治療します。主に骨粗鬆症を診断する検査です。
- アレルギー検査: 血液検査によりアレルギー体質の診断を行います。(花粉・ハウスダスト・食物・動植物アレルギー検査等)
- にんにく注射: 疲れやだるさなどの疲労回復や倦怠感の回復等におすすめです。
- ABI検査: 動脈硬化検査。血管のつまり具合の目安となるものです。高血圧、糖尿病、肥満症等の方におすすめします。

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。