

内科外来問診票 (あてはまるものに チェックをいれてください)

No. _____

スタッフ記入欄		<input type="checkbox"/> 予約あり <input type="checkbox"/> 予約なし <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 迅速検査 <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 <input type="checkbox"/> 他()	
氏名	<small>(フリガナ)</small> _____	住所 〒 _____	市・町 _____
生年月日	男・女	電話番号	
西暦	年 月 日 歳		
身長	cm 体重	kg	職業
1. いつ頃からお困りですか？			体温 [] °C
・いつ頃から 月 日頃から ・ 日前から ・ ヶ月前から			
◆ どのような症状でお困りですか？			
<input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰が絡む <input type="checkbox"/> 喉が痛む <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 健康診断の異常 ・その他の症状 []			
2. 今までに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい】			
「はい」の方・・・分かれば原因になった物()			
3. 今までにかかった病気についてお答えください			
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロールの異常 ・その他の病気 []			
4. 現在常用している内服薬、外用薬および注射薬はありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい】お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。			
「はい」の方・・・ [注射薬]			
[内服薬]			
5. 今までに手術を受けた事がありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい】			
「はい」の方・・・ [年齢： 歳頃 病名：]			
いつ頃ですか？ [年齢： 歳頃 病名：]			
[年齢： 歳頃 病名：]			
6. 生活習慣についてお答えください			
【酒】 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週 回・ mL) ビール・焼酎・日本酒・その他()			
【たばこ】 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)			
【健康診断】 1年以内に健診を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (年 月 に受診)]			
7. 女性の方のみお答えください			
現在妊娠中ですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 月】			
現在授乳中ですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい】 ・ 妊娠の可能性がありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい】			
8. 家族の方の病歴についてお答えください			
<input type="checkbox"/> がん (あなたとの続柄：) <input type="checkbox"/> 高血圧 (あなたとの続柄：) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (あなたとの続柄：) <input type="checkbox"/> 心臓病 (あなたとの続柄：) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (あなたとの続柄：) <input type="checkbox"/> その他() (あなたとの続柄：)			
9. どのようにしてヒロクリニックを知りましたか？			
<input type="checkbox"/> 以前通院した事がある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> その他 ()			

お答えいただきありがとうございました。

ヒロクリニック 一般内科・糖尿病内科・健康診断