

# 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	(フリガナ) _____	住所 〒 _____	市・町 _____
生年月日	男・女	電話番号 _____	
明・大・昭・平	年 月 日生 才		
体重 (15歳未満のお子様)	k g	職業 _____	
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 月 日頃から ・ 日前から ・ ヶ月前から			体温 [ _____ ] °C
◆ 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"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 発疹 ・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"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 肺や気管支の病気 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 ・その他の病気 [ _____ ]			
4. 現在常用している内服薬および外用薬はありますか? 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 「はい」の方・・・内服薬 [ _____ ] 外用薬 [ _____ ] お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。			
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 (いつ頃ですか?) ( ) 】			
6. 今までに輸血を受けた事がありますか? 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (いつ頃ですか?) ( ) 】			
7. 今までに検診を受けた後、異常が出た事がありますか? 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 「はい」の方・・・症状 [ _____ ]			
8. 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) 【カフェイン】 <input type="checkbox"/> 摂取なし <input type="checkbox"/> 摂取あり (毎日・週 回・ 杯) コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ・その他 ( ) 【運転】 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (仕事で毎日・通勤で毎日・休日のみ・その他 ) 【食事】 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に: 1日 食、 ) 【ペット】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (犬・猫・その他 ) 【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)			
9. 女性の方のみお答えください 現在生理中ですか? 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 ・ 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 】 ・ 妊娠の可能性はありますか? 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】			
10. 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"/> 呼吸器病 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> 結核 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> 胃腸病 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> 肝臓病 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> 痛風 (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> リウマチ (あなたとの続柄: ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (あなたとの続柄: )			
11. 当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか? (複数回答可) ① <input type="checkbox"/> 禁煙   ② <input type="checkbox"/> ダイエット   ③ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復、アンチエイジング   ④ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 ⑤ <input type="checkbox"/> にんにく注射   ⑥ <input type="checkbox"/> サプリメント   ⑦ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療   ⑧ <input type="checkbox"/> しみ   ⑨ <input type="checkbox"/> しわ ⑩ <input type="checkbox"/> たるみ   ⑪ <input type="checkbox"/> わきが   ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛   ⑬ <input type="checkbox"/> 育毛   ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 心療内科   ⑯ <input type="checkbox"/> 健康診断   ⑰ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
12. 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 ( )			

お答えいただき有難う御座いました。 ヒロクリニック 呼吸器内科・アレルギー科・消化器内科・一般内科・健康診断