おおたにクリニック　内科　初診問診票

ふりがな		性別	年齢	生年月日	
氏名		男　女		大正、昭和、平成　　年　　月　　日	
住所				□TEL □携帯番号	
入居施設			介護保険	□あり　□なし	
			要介護度		

1、ご来院のきっかけを　教えてください。

□ご親族・ご友人のご紹介⇒お名前（　　）　□暮らしの便利帳

□病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名（　　）

□内覧会　　□看板⇒どちらの看板ですか（　　）

□インターネット　　□クリニックの前を通って

□健康教室・講演会　　□その他（　　）

2、内科受診の理由を　教えてください。いつ頃から、どのような症状がありますか？

・いつ頃からですか？（　　）

・どのような症状ですか？

□ 熱がある　□ のどが痛い　□ くしゃみや鼻水が出る　□ 痰が出る

□ 咳が出る　□ 胸が痛い　□ 息苦しい　□ 動悸がする

□ 食欲がない　□ 吐き気がする　□ 胸やけをする　□ 飲み込みづらい

□ 排便の調子が良くない（便秘、下痢）　□ お腹が痛い・お腹が張る　□ 腰・背中が痛い

□ 頭が痛い　□ めまいがする　□ 眠れない　□ もの忘れをする

□ 元気がない　□ 体重が減った　□ 足がむくむ・しびれる　□ ふらつく

□ 皮疹が出た　□ 皮膚にかゆみ　□ 健診で異常を指摘された　□ 予防接種を希望

□ その他（　　）

3、今までに　大きな病気や手術を受けられたことがありますか？　古い順にお書きください。

例）20 才 盲腸手術、60 才 高血圧、75 才 脳梗塞、80 才 白内障

4、現在　治療中の病気はありますか？

□ いいえ　□ はい（病名：　　）

（病院名：　　）

5、現在　内服中・外用中の薬（市販薬も）はありますか？　お薬手帳を　お出しください。

6、薬や食べ物でアレルギーが　出たことがありますか？

□ ない　□ ある（薬剤名、食べ物名：　　）

7、生活習慣についておたずねします。

アルコール：□飲まない　□飲む（□毎日　□週に（　）回）

た　ば　こ：□吸わない　□吸う（　本/日、　年間）　□以前吸っていた（　本/日、　年間）

8、女性のかたのみ　お答えください。

□ 生理中、　□ 妊娠中（　　ヶ月)、　□ 授乳中、　□ 妊娠していない