

問診票

中村橋いとう内科クリニック

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅： ()	携帯： - -				

ご希望に沿った診療を行うために、お手数ですが該当する□に☑をお願い致します。

来院目的	<input type="checkbox"/> 相談・治療 <input type="checkbox"/> 転医希望 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護申請 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()
持参書類 □なし □あり →	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康診断報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
発症日と症状 □なし □あり →	発症日 ()から <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 不眠 その他 ()
現在治療中の病気 □なし □あり →	通院中の病院 () 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 精神疾患 その他 ()
現在飲んでいる薬 来院までに他でもらった薬 □なし □あり →	お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (下記に薬のなまえをお書きください) ()
過去にかかった大きな病気 □なし □あり →	()
家族の既往症 □なし □あり →	病気のある家族 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子供 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 癌 その他 ()
薬や食べ物のアレルギー □なし □あり →	該当する薬や食べ物のなまえ ()
今までに喫煙したこと □なし □あり →	<input type="checkbox"/> 現在も吸っている (歳から 本/日) <input type="checkbox"/> 現在は禁煙している (歳から 歳まで 本/日)
妊娠・授乳 □なし □あり →	妊娠 (ヶ月) 授乳 (歳 ヶ月)
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 近隣・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()

ご協力ありがとうございました