

東部クリニック 問診表 (内科)

令和 年 月 日

お名前 様

ご職業
()

当院を何でお知りになりましたか？

- 知人友人からの紹介や口コミ ホームページ 看板 チラシ その他
 他の医療機関(医療機関名:)

1) 今回の症状を下から選んでください。また、その症状はいつからですか？

- 風邪症状(咳 のどの痛み 鼻水) 血圧が高い 息切れがする
 お腹の痛み(吐気 嘔吐 下痢) 睡眠時無呼吸 予防接種
 胸の痛み(圧迫感 違和感) 特定(長寿)健診
 禁煙外来(この機会に肺の検査を希望しますか？ はい・いいえ)
 その他()

2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい・いいえ

病院名 () 病名()

3) 今までにかかれた病気はありますか？

はい・いいえ

喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 緑内障 前立腺肥大症

その他()

4) 現在、薬を服用していますか？お薬手帳があれば出して下さい

はい・いいえ

()

5) 薬を服用してアレルギー症状がでたことがありますか？

はい・いいえ

薬名()

症状(蕁麻疹 気分不良 腫れた その他)

6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？

はい・いいえ

()

7) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？

はい・いいえ

高血圧 心臓疾患 脳卒中 ガン その他()

8) 嗜好品についてお聞きします

タバコ : 吸わない・吸う (1日 本/ 年)

お酒 : 飲まない・飲む (毎日、週に 回、月に 回、付き合い程)

9) 今までに特定健診または長寿健診を受けたことがありますか？

はい・いいえ

10) よろしければメールアドレスを教えてください。(医療情報等の発信に使用します。)

()