

内科用

まつだ消化器糖尿病クリニック問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご連絡先	〒	急変時の連絡先	
	電話番号(日中連絡先): ご職業:	お名前: 続柄:	

※高熱の方、重篤な症状のある方はお早めにお申し出ください。

※検査データをご持参いただいている場合、取り込みにお時間を要しますことをご了承ください。

<p>★当院をどのようにお知りになりましたか(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>クリニックの外観 <input type="checkbox"/>ブラックボード看板 <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>その他のネット検索</p> <p><input type="checkbox"/>家族・知人の紹介(紹介者名) <input type="checkbox"/>自宅が近い</p> <p><input type="checkbox"/>他院からの紹介(病院名) <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>★当院までの交通手段を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/>徒歩 <input type="checkbox"/>電車 <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>車 <input type="checkbox"/>バイク 所要時間(時間 分)</p>
<p>★本日はどうされましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>熱がある▶(体温: 度)</p> <p><input type="checkbox"/>痛みがある(<input type="checkbox"/>頭 <input type="checkbox"/>のど <input type="checkbox"/>胸 <input type="checkbox"/>お腹 <input type="checkbox"/>背中 <input type="checkbox"/>その他:)</p> <p><input type="checkbox"/>咳・たん <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>動悸・息切れ <input type="checkbox"/>食欲がない <input type="checkbox"/>めまい</p> <p><input type="checkbox"/>尿に血が混じる <input type="checkbox"/>尿が近い <input type="checkbox"/>排尿時に痛みがある <input type="checkbox"/>尿が出ない <input type="checkbox"/>むくみ</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断希望</p> <p><input type="checkbox"/>健診で指摘された▶検査結果の持参あれば受付へ提出してください</p> <p>(具体的に:)</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>(具体的に:)</p> <p>★症状はいつ頃からありますか?(月 日頃から)</p>
<p>★身長、体重をおしえてください</p> <p>()cm 体重()kg</p>
<p>★特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください</p> <p style="text-align: center;">→→裏面に続きます→→</p>

<p>★現在治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（当てはまるものにチェックをつけてください）</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>脂質異常 <input type="checkbox"/>糖尿病（内服・インスリン） <input type="checkbox"/>脳卒中：</p> <p><input type="checkbox"/>心疾患： <input type="checkbox"/>呼吸器疾患： <input type="checkbox"/>消化器疾患：</p> <p><input type="checkbox"/>婦人科疾患： <input type="checkbox"/>泌尿器疾患： <input type="checkbox"/>がん：</p> <p><input type="checkbox"/>その他：</p>
<p>★今までにかかったことのある病気や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（病名： _____ ）</p>
<p>★現在飲んでいる薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（お薬手帳の持参 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり▶受付へ提出をお願いします）</p> <p>★血液が止まりにくくなるようなお薬 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>
<p>★血縁関係の中に以下の病気にかかった方はおられますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（当てはまるものにチェックをつけてください）</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>脂質異常 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>がん <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>呼吸器疾患</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓疾患 <input type="checkbox"/>腎臓疾患 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>★お薬や食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ▶品名（ _____ ）症状（ _____ ）</p>
<p>★喫煙、飲酒の習慣はありますか？</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う <input type="checkbox"/>以前吸っていた▶（ _____ 本）/日（ _____ ）年間</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む▶（種類 _____ ）を（ _____ ml）/日を週（ _____ ）日</p>
<p>★女性の方にお尋ねします。現在妊娠中または妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ▶（<input type="checkbox"/>妊娠中 _____ か月 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/>授乳中）</p>
<p>★過去1ヶ月以内の海外渡航・旅行はありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ▶国名（ _____ ）期間（ _____ から _____ 日間）</p>
<p>★心配なことや聞いておきたいことがあればご記入ください</p>

ご協力ありがとうございました。
 なにかご不明点や困っていることなどございましたらどうぞお気軽にご相談ください。
 当院は今後も温かく誠実な医療を目指します。