

平成 年 月 日

 つちだクリニック 内科問診票

体温( . °C)

フリガナ			
お名前	( 男 ・ 女 )		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	( 才 )	
住所	〒	電話	( )
		緊急連絡先	( )

1. どうなさいましたか？

いつからですか？ 月 日 時頃から

<かぜ症状>

- ・熱がある ・ のどが痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 息苦しい ・ 頭痛
- ・ 関節が痛い ・ 寒気 ・ だるい

<頭>

- ・頭痛が続く ・ めまいがする

<胸・からだ>

- ・胸が痛い ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫感 ・ 顔や身体がむくんでいる ・ 立ちくらみ

<お腹>

- ・腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 食欲がない ・ 血便 ・ 便秘
- ・尿が近い ・ 排尿時の痛み

<その他> ( )

2. 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？ ( はい・いいえ )

「はい」の方→病院・医院名( )

3. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ( はい・いいえ )

「はい」の方→高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞

脳卒中・その他( )

→治療されていますか？ ( はい・いいえ )

4. 現在飲まれているお薬やサプリメントなどがありますか？ ( はい・いいえ )

「はい」の方→( )

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。

5. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ( はい・いいえ )

「はい」の方→( )

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？ ( はい・いいえ・可能性あり )

現在、授乳中ですか？ ( はい・いいえ )