

# 明海クリニック 内科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 明大昭平 年 月 日

〒

男性 女性 年齢 歳

住所

自宅電話 - -

携帯電話 - -

診療を円滑にするために、お分かりになる範囲で、次の質問にお答えください。

1. いつから、どのような症状がありますか。また、現在一番つらい症状をご記入ください。

( )

また、次のうち、現在あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱 ( 度) のどの痛み 咳 痰 鼻水 鼻づまり お腹が痛い  
吐き気 嘔吐 便秘 下痢 食欲がない 胸が痛い 動悸 息切れ 足のむくみ  
頭痛 めまい 耳鳴り 不眠

2. 現在治療中の病気はありますか？

ない ある(病名: )

(内服薬: )

3. 抗凝固剤(血をさらさらにする薬)の服用

ない ある

有と答えた方 (病名:不整脈・心筋梗塞・脳梗塞・その他 )

(薬の名前: )

4. 今までに大きな病気・手術・怪我をしたことがありますか？

ない ある(病名: )

5. 薬のアレルギーはありますか？

ない ある(薬剤名: )

6. 輸血を受けたことはありますか？

ない ある ( 歳の時に)

7. ご家族に脳卒中、心臓病、糖尿病、結核、腎臓病、血液疾患、リウマチ、膠原病、高血圧、癌などの病気にかかった方がいますか？

いる いない (病名: )

8. その他

身長( cm) 体重( kg)

晩酌 : しない する(1日 合 杯)

タバコ: すわない すう( 本/日 で 年間)

9. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

ない ある (最終生理日は 月 日から 日間)

10. お伝えしたいことなどございましたらご記入ください。

記入がすみましたら、受付にお渡しください。