東部クリニック問診票 【内科】

記入日　　年　　月　　日

お名前　（　　）　ご職業　（　　）

・ 紹介状をお持ちですか？（　あり ・ なし　）

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？（　はい ・ いいえ ）

① どのような症状がありますか？

□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（ 吐き気 / 嘔吐 / 下痢 ）　□胸の痛み（ 圧迫感 / 違和感 ）

□睡眠時無呼吸　□禁煙外来　→肺の検査を希望しますか？（ はい ・ いいえ ）

□特定健診（長寿健診）　□予防接種　□その他（　　）

② 症状はいつからですか？（　　）

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか？（　はい　・　いいえ　）

医療機関名（　　）　病名（　　）

④ 今までにかかっ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　□緑内障

□脳梗塞　□脳出血　□前立腺肥大　□その他（　　）

⑤ 現在、薬を服用していますか？　（　はい　・　いいえ　）

（薬名 ：　　）

⑥ アレルギー症状が出たことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

薬品（　　）　食品（　　）　その他（　　）

症状（□蕁麻疹　□気分不良　□腫れ　□その他（　　）

⑦ 今までに手術を受けたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

（　　）

⑧ 健診を受けたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

⑨ 両親・兄弟姉妹・祖父母に下記の病歴の方はいますか？（　はい　・　いいえ　）

□高血圧　□心臓疾患　□脳卒中　□がん

□その他（　　）

⑩ 女性の方にお伺いします。現在妊娠中または授乳中ですか？（　はい　・　いいえ　）

⑪ 嗜好品についてお伺いします。　タバコ：　吸わない　・　吸う　（　日 ・ 年 /　　本 ）

お　酒：　飲まない　・　飲む　（　毎日 ・ 週 ・ 月 /