

アイランド内科クリニック問診票

本日はご来院ありがとうございます。問診票は患者さんのお体の状態を把握し、安全に治療を進める上でとても大切な書類です。お手数ですが分かる範囲でご記入下さい。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		性別：男・女	年齢：	歳	体重：	k g
住所	〒					
電話番号	携帯： - -		自宅： ()			

該当する□に✓またはご記入をお願いいたします。

本日はどのような症状で来院されましたか？		紹介状はお持ちですか？ □ はい □ いいえ	
□ 痛み … □ あたま □ のど □ 胸 □ おなか □ 背中 □ 腰 □ その他 ()			
□ 発熱・倦怠感 □ 鼻水・鼻づまり □ 咳・たん □ 息苦しい □ 下痢 □ 便秘 □ 皮膚のかゆみ			
□ 食欲低下 □ はきけ～嘔吐 □ 動悸 □ むくみ □ めまい・ふらつき □ 不安・不眠 □ うつ			
その他：		上記症状は (日・週・月・年) 頃前からです	
普段治療中または過去にかかった病気はありますか？ □ あり □ なし			
□ 心疾患 □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脳卒中 □ 高脂血症 □ 喘息 □ 緑内障 □ 前立腺肥大 □ 精神疾患			
□ 肺炎・肺気腫 □ 癌 □ 血液疾患 □ 精神疾患 □ 腎疾患 □ 肝疾患 (型肝炎・肝硬変) □ 胃・十二指腸潰瘍 □ 胆石 □ 痛風 □ 尿管結石 □ 骨粗鬆症 □ 結核・HIV □ その他・具体的に：			
通院中の病院/クリニック：		手術歴：	
現在お飲みになっている薬はありますか？ □ はい □ いいえ			
お薬の種類・名前 ()		<お薬手帳、説明文書、紹介状があれば記入は不要です>	
薬・食べ物のアレルギーはありますか？ □ はい □ いいえ			
該当する薬や食べ物：			
アレルギー体質やアレルギーの病気はありますか？ □ はい □ いいえ			
□花粉症 □鼻炎 □喘息 □蕁麻疹 □食物アレルギー □アトピー □その他 ()			
ペットを飼っていますか？ □ はい □ いいえ⇒ (ペットの種類：)			
お酒を飲めますか？ □ 飲む □ 飲まない			
お酒の種類 (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) 飲む頻度 (時々・毎日・週 回) _____ 年間			
たばこを吸われますか？ □吸う (1日_____本 喫煙歴_____年) □吸わない			
家族の既往症はありますか？ □ なし □ あり			
続柄：□祖母 □祖父 □母 □父 □兄 □弟 □姉 □妹			
□ 心疾患 □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脳卒中 □ 高脂血症 □ 喘息 □ 精神科疾患 □ 癌 ()			
その他：			
女性の方にお伺いします。 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ □ いいえ・はい			
また授乳をしていますか □ いいえ・はい			
来院のきっかけ	□ 1 近隣・知人のご紹介 □ 2 他医療機関からの紹介 □ 3 通りがかり・入り口の表示を見て		
	□ 4 ホームページを見て □ 5 新聞広告の折り込みチラシを見て □ 6 電話帳広告を見て		
	□ 7 情報誌を見て □ 8 その他 ()		

ご協力頂きありがとうございました。