

内科 問診票 千和クリニック

記入日： 年 月 日

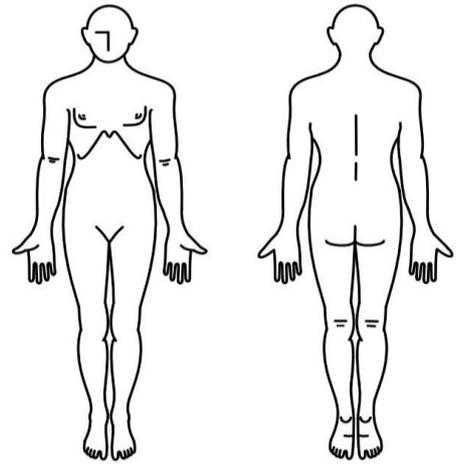
フリガナ	性別： 男・女	(満 歳)
氏名：	生年月日： 大・昭・平・令	年 月 日

身長： cm, 体重： kg, 体温： , 血圧： / , 脈拍：

診察を希望される部位に
下の絵に○をつけてください。

●本日は、どのような症状で来院されましたか？

- 息苦しい 胸痛 くしゃみ・鼻水・咳・痰
- 胸焼け 嘔気 便秘 下痢 血便
- 腹痛 食欲低下 体重減少 頭痛
- その他：



- 健康診断 他院からの紹介
- 検診後の精密検査希望

●具合が悪いのはいつ頃からですか？

頃から

●これまで、かかった病気、現在、治療中の病気について教えてください。

- 喘息 (才頃) 結核 (才頃) 高血圧 (才頃)
- 糖尿病 (才頃) 脳卒中 (才頃) がん (才頃)
- リウマチ (才頃) 骨粗鬆症 (才頃) 心臓病 (才頃)
- ペースメーカー (才頃)

その他の病気

歳頃 (年頃)	病名	病院名
歳頃 (年頃)	病名	病院名
歳頃 (年頃)	病名	病院名
歳頃 (年頃)	病名	病院名
歳頃 (年頃)	病名	病院名
歳頃 (年頃)	病名	病院名

裏面もご記入ください

● 健康診断や人間ドックを受けていますか。 (無・有)

● 「有」の場合、最後に健康診断や人間ドックを受けた時期を教えてください。

頃

● 親・兄弟・子などの血縁者の主な病気について教えてください。

〔 高血圧、糖尿病、高脂血症、がんなど 〕

● 飲んでいるお薬について

お薬を飲んでいる方はお薬手帳をスタッフに渡してください。

〔 血液がサラサラになる薬を飲んでいる 〕

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

(無・有)

〔 有： 〕

● 輸血を受けたことがありますか？

(無・有)

● タバコ 吸わない・吸う

〔 吸う場合： 〕

〔 才から 才まで 1日 本 〕

● お酒 飲まない・飲む

〔 飲む場合 〕

種類：

量：1日 _____ ml ・ 合

● 女性の方にお尋ねします。現在 妊娠している可能性がありますか？ (無・有)

● 当院を選んで頂いた理由

家族や知人のすすめ 看板をみて ホームページをみて 他病院の紹介

家から近い 新聞・広告をみて 以前に来院したことがある

その他 ()