はる内科小児科クリニック　問診票

記入年月日：　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男　・　女		
お名前		生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日		
		身長	㎝	体重	kg
住所	〒				
電話		携帯電話			

① 今日はどうなさいましたか？

☐ 熱（体温：　　℃）☐ 寒気がする　☐ ぐったりしている　☐ のどが痛い

☐ 咳（終日・日中・夜）☐ 痰がからむ　☐ ゼーゼーしている　☐ 鼻水　☐ 鼻づまり

☐ お腹が痛い　☐ 下痢　☐ 嘔気・嘔吐　☐ 便秘（最終排便：　　日前）☐ 食事がとれない

☐ むねが痛い　☐ 動悸　☐ 息切れする　☐ むくみがる　☐ めまい　　☐ 頭痛

☐ その他　（　　）

② その症状はいつからですか？　どのような様子ですか？

（　　）

③ まわりに同じような症状の方はいますか？

はい →（どなたが？：　　）　・　いいえ

④ 現在治療中の病気・過去にかかった病気・生まれつきの病気はありますか？

☐　高血圧　☐ 脂質異常症　☐ 糖尿病　☐ 高尿酸血症　☐ 緑内障　☐ 前立腺肥大

☐　アレルギー性疾患（ 喘息　・　花粉症　・アトピー　・　その他　：　　）

☐　心臓疾患（ 狭心症　・　心筋梗塞　・　不整脈　・　その他：　　）

☐　脳血管疾患（　　）☐　消化器疾患（　　）

☐　腎臓疾患（　　）☐　肝臓疾患（　　）

☐　熱性けいれん　☐その他（　　）

⑤ 飲んでいるお薬はありますか？

（　　）

⑥ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

あり →（　　）　・　なし

⑦ タバコは吸いますか？

はい →（ 一日　　本 ×　　年間 ）　・　なし

⑧ 女性の方へお伺いします。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？　→　あり（妊娠　　週目）　・　なし

最後の生理はいつですか？　→　　月　　日　・　閉経