

内科初診問診票

お分かりになる範囲で結構ですので、下記ご質問にお答えください。

ふりがな			
お名前			
年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

本日はどのような症状で来院しましたか。

いつ頃から	()から
症状	以下に当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> その他 ()
現在治療中の病気 はありますか	以下に当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他 ()
今飲んでるお薬を教 えて下さい	
薬、食べ物のアレル ギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください
今までになった大きな 病気を教えてください	
身内の方に次のよう な方がいますか	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 現在もしている。1日()本を()年
飲酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前飲んでいて <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる。1日量()を週()日。
妊娠	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明
授乳	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

初診の方のみ以下をご記入ください

生年月日	
住所	〒
電話番号(携帯可)	
何を見て当院をお知 りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット(□クリニックHP・□病院検索サイト(□病院ナビ □ドクターズファイル)) <input type="checkbox"/> その他の病院検索サイト() <input type="checkbox"/> ご家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 公開講座案内 <input type="checkbox"/> 折込みチラシ <input type="checkbox"/> 地域の地図 <input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌(頼れるドクター・文芸春秋) <input type="checkbox"/> その他 ()

当院記入欄 (KT P BP SPO2)
