

内科問診票

氏名：

体温： °C

下記の質問にお答えください。

1. いつ頃からですか？

1～3日前 1週間前 1ヶ月前 その他()から

2. 症状

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 熱っぽい(悪寒：ある・なし) | <input type="checkbox"/> 鼻水(色：____)(鼻づまり：あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 喉の痛み(1日中・朝・夕方) | <input type="checkbox"/> 咳(起床/就寝時・日中・夜中・明け方) |
| <input type="checkbox"/> 痰(色：____)(量：多い・少ない) | <input type="checkbox"/> 頭痛(部位：____)(脈打つ・締め付け) |
| <input type="checkbox"/> 関節痛(首・肩・背中・腰・全身) | <input type="checkbox"/> 腹痛(痛みに波がある・ずっと続く痛み) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気(水分：とれている・いない) | <input type="checkbox"/> 下痢(今まで____回排便)(水様便・軟便) |
| <input type="checkbox"/> 便秘(お腹の張り・痔・腰痛) | <input type="checkbox"/> 不眠(入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒) |
| <input type="checkbox"/> めまい(ふらつき・回転・立ちくらみ) | <input type="checkbox"/> その他() |

3. この症状で夜間に起きたり、寝付けなかったりしましたか？ はい いいえ

4. 夜間に発汗がありましたか？ はい いいえ

5. この症状で検査・治療を受けていますか？

いいえ はい(検査名：) (薬剤名：)

6. 今までに入院した病気・けがはありますか？

いいえ はい()

7. 現在、他の病院にかかっていますか？

いいえ はい(薬剤名：) (薬剤名：)

8. 現在、服用している薬はありますか？ ※「お薬手帳」をお持ちの方はお出してください

いいえ はい(薬剤名：)

9. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい(薬剤名：) (食材名：)

10. 喫煙について。

なし やめた(____歳まで) あり(1日____本)(____年間)

11. (女性の方のみ)妊娠について。

なし あり(____ヶ月) ➔ 授乳 なし あり(____歳____ヶ月)

ご協力ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。 たけおクリニック