

ほんだクリニック 問診票 （内科・消化器内科 初診用）

氏名 <small>ふりがな</small> 様 (男・女)	生年月日 <small>明・大・昭・平</small> 年 月 日	年齢 歳
住所 〒 (←郵便番号もご記入ください)		電話番号
		携帯電話番号 (緊急連絡用)

体温 ℃ (現在・受診前 日) ★熱がありそうな方は体温を測定してください。

身長 cm 体重 kg

1. 本日はどうされましたか？ 症状のある方はいつ頃からどのようなようであるかご記入をお願いします。

※女性の方はご記入ください。 妊娠の可能性 なし あり 月経 (順調・不順)
最終月経 () 授乳中の場合チェック→

2. 当てはまる文章の頭の○にチェックをつけ、() に適当な言葉を記入して下さい

- ①生まれてからの大きな病気・けが： なし あり
(病名 いつ?)
- ②手術した病気・ケガ： なし あり
(病名 いつ?)
- ③輸血を受けたこと： なし あり
(いつ?)
- ④家族の病気：なし
あり 高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症/心筋梗塞・がん ()
脳卒中 (脳血栓・脳出血・クモ膜出血)・頭痛・うつ病、その他 ()
- ⑤他の医療機関で治療中の病気：なし あり
(医療機関名/病名)
*使用薬品名 ()
- ⑥心不全の診断を受けた事がありますか なし あり
- ⑦尿が出なくなった事がありますか： なし あり
- ⑧緑内障/眼圧が高いと言われた事がありますか： なし あり
- ⑨健康診断や人間ドックを毎年受けていますか： いない いる
※異常がありましたか？ 異常なし 異常あり (内容)
- ⑩薬の副作用 なし あり (薬品名/症状)
- ⑪アレルギー なし
あり (○鼻炎、○花粉症、○じんま疹、○アトピー性皮膚炎、
○気管支喘息、○食物アレルギー、○金属アレルギー、○アナフィラキシーショック)
*卵アレルギー なし あり *牛乳アレルギー なし あり
- ⑫常用薬・サプリ・健康食品 なし あり (商品名：)
- ⑬喫煙 なし あり (本/日× 年・ 禁煙 歳の時から)
- ⑭飲酒 なし あり (種類： 量： 週何日?)
- ⑮障害 なし あり (○視力・○聴力・○運動・○その他)