

# 問 診 票

ID	
氏名	様
記入日	令和 年 月 日



総合内科初診

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に✓をお願いいたします。

来院目的	<input type="checkbox"/> 相談・治療	<input type="checkbox"/> ワクチン接種( <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 介護申請	<input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 検査(具体的に: )	

持参書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健診報告書 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

症状… 発症日( )から ■( )から 【二段階に発症した場合は■で記載追加】
<input type="checkbox"/> 痛み( <input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他: )
<input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ
<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 痺れ( <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足) <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他( )

現在もっている病気	通院中の病院 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> 外科 その他～病院名( )
	病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 高尿酸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸 その他・具体的に( )
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	

現在飲んでいる薬	薬の名前:
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照

過去にかかった大きな病気	病名 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	

家族のかかった病気	病気のあった家族 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神科疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	

薬・食べ物のアレルギー	薬( ) 食品( )
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	

喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた( )まで( )本/日・・・( )まで吸っていた
---

飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた( )まで週( )日 種類・量( )
---

妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )か月) 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )歳 ( )か月)
--

他要望など	
-------	--