

雨宮内科 問診表

年 月 日

氏名	住所	日中の連絡先 自宅 携帯
----	----	--------------------

下記の該当する□に✓を付けて、下線部に具体的な情報をご記入ください。

来院目的を教えてください

具合が悪い⇒症状はいつ頃からですか？ _____年_____月_____日頃から 体温 _____℃

どのような症状ですか

せき たん 喉の痛み 鼻水 熱 頭痛 胸痛 腹痛 動悸 下痢 吐き気

便秘 胸やけ げっぷ 体重減少 その他 _____

今回の症状で他の医療機関を受診した

いいえ はい 受診先 _____ 処方薬 _____

今回症状で市販薬を服用した いいえ はい 薬剤名 _____

健康診断の二次検査

今までの他の医療機関に定期的に通院していたが、今後は当院への通院を考えている

相談したいことがある→具体的にご記入ください _____

希望する検査、治療、予防接種のため→具体的にご記入ください _____

1か月以内に渡航されましたか？ いいえ はい【渡航先 _____ 帰国日 _____】

現在治療している病気がある いいえ はい 病名 _____

現在服用中のお薬がある いいえ はい 薬剤名 _____

※お薬が分かるものがあればお見せ下さい(お薬手帳、薬剤情報提供書、お薬の包装など)

過去に治療した病気がある いいえ はい 年齢・病名 _____

手術歴あり 年齢・病名 _____ 輸血歴あり

下記の病気を健診等で指摘されたことがある

いいえ 高血圧 糖尿病 甲状腺疾患 喘息 心臓病 痛風 緑内障 前立腺肥大 貧血

脂質異常症(高脂血症) 肝臓病 脳卒中 結核 がん 部位 _____

その他 _____

血縁者に下記の病気になった人がいる

いいえ 高血圧 心筋梗塞 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 脳卒中 がん 部位 _____

アルコールを飲む

いいえ 毎日 週_____回 月_____回 1日の量コップ_____杯分 酒類_____

たばこを吸う

いいえ はい _____本/日 喫煙歴_____年 以前吸っていた_____本/日 喫煙歴_____年 _____年前まで

薬剤アレルギー なし あり 薬剤名 _____

食物アレルギー なし あり 食材名 _____

服用できないお薬の形状 なし 錠剤 粉薬 カプセル

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい【妊娠週数_____週】

授乳中ですか？ いいえ はい

最終月経はいつからですか？ _____月_____日から

閉経(_____歳頃)