

# 問診票



**おおくぼ総合内科クリニック**

OHKUBO MEDICAL CLINIC of general internal medicine

20241015 T.OHKUBO

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅：( )		携帯： - -			

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

<b>来院目的</b> □ 相談・治療 □ 転医希望 □ 心療内科 □ 外科処置 □ 健診 □ 診断書 □ 介護申請 □ 検査(具体的に↓) □ 注射・点滴 { }	
<b>持参書類</b> □ なし □ 紹介状 □ 健診報告書 その他 ( )	
<b>症状</b> … <b>発症日</b> ☑ ( ) から ■ ( ) から [二段階に発症した場合は■で記載追加] □ 痛み … □ あたま □ のど □ 胸 □ おなか その他 ( ) □ 発熱・倦怠感 □ 鼻水・鼻づまり □ 咳・たん □ 息苦しい □ 下痢 □ 便秘 □ 皮膚のかゆみ □ 食欲↓ □ はきけ～嘔吐 □ 動悸 □ むくみ □ めまい・ふらつき □ 不眠 □ うつ その他 { }	
<b>現在もっている病気</b> □ なし □ あり →	<b>通院中の病院</b> □ 内科 □ 整形外科 □ 耳鼻科 □ 皮膚科 □ 眼科 □ 泌尿器科 □ 心療内科・精神科 □ 外科 その他～病院名 { } <b>病名</b> □ 高血圧 □ 糖尿病 □ コレステロール・中性脂肪↑ □ 尿酸↑ □ 喘息 □ 心疾患 □ 不整脈 □ 緑内障 □ 前立腺肥大 □ 癌 □ アトピー性皮膚炎 □ 精神疾患 □ 腎疾患 □ 骨粗鬆症 その他・具体的に { }
<b>現在飲んでいる薬 ～ 来院までに他でもらった薬</b> □ なし □ あり →	<b>薬のなまえ</b> { }
<b>過去にかかった大きな病気</b> □ なし □ あり →	<b>病名</b> □ 喘息 □ 肺炎 □ 気胸 □ 癌 □ 胃・十二指腸潰瘍 □ 胆石 □ 痛風 □ 尿管結石 □ 心疾患 □ 不整脈 □ 精神疾患 □ 腎疾患 その他 { }
<b>家族の既往症</b> □ なし □ あり →	<b>病気のあった家族</b> (○で囲んでください) ☑ … 母 父 兄弟姉妹 ■ … 母 父 兄弟姉妹 (上記○で囲んだ家族の病名を☑か■で記入) <b>病名</b> □ 高血圧 □ 糖尿病 □ コレステロール・中性脂肪↑ □ 尿酸↑ □ 心疾患 □ 不整脈 □ 癌 □ 喘息 □ 精神科疾患 その他 { }
<b>薬・食べ物のアレルギー</b> □ なし □ あり →	<b>該当する薬や食べ物のなまえ</b> { }
<b>処方希望する薬</b>	<b>具体的に処方してほしい薬</b> { } <b>さけてほしい薬</b> (アレルギーで記載した薬は記載しなくてけっこうです) { }
<b>喫煙</b> □ なし □ あり □ やめた ( ) まで ( ) 本/日 … ( ) まで吸っていた <b>飲酒</b> □ なし □ あり □ やめた ( ) まで 週 ( ) 日 種類・量 ( )	
<b>妊娠</b> □ なし □ あり → ( ) カ月 <b>授乳</b> □ なし □ あり → ( ) 歳 ( ) カ月	
<b>来院のきっかけ</b>	□ 1 近隣・知人のご紹介 □ 6 電話帳広告を見て □ 2 他医療機関からの紹介 □ 7 新聞広告の折り込みチラシを見て □ 3 通りがかり □ 8 ホームページを見て □ 4 バスの広告を見て □ 9 情報誌を見て □ 5 電柱広告を見て □ 0 その他 ( )

\* ご協力ありがとうございました。