

内科外来問診票

(あてはまるものに チェックをいれてください)

No. _____

氏名 <small>(フリガナ)</small>	住所 〒 _____ 市・町 _____	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 才	男・女	電話番号 _____
体重 (15歳未満のお子様)	k g	職業 _____
1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？ ・いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から _____ 日前から _____ ヶ月前から		
◆ どのような症状でお困りですか？ <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰が絡む <input type="checkbox"/> 喉が痛む <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 発疹 ・その他の症状 [_____]		
2. 今までに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方・・・分かれば原因になった物 (_____)		
3. 今までにかかった病気についてお答えください <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 肺や気管支の病気 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 ・その他の病気 [_____]		
4. 現在常用している内服薬および外用薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方・・・内服薬 [_____] 外用薬 [_____]		
5. 今までに手術を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (いつ頃ですか？ _____)		
6. 今までに輸血を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (いつ頃ですか？ _____)		
7. 生活習慣についてお答えください 【酒】 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週 _____ 回・ _____ mL) ビール・焼酎・日本酒・その他 (_____) 【たばこ】 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本) 【カフェイン】 <input type="checkbox"/> 摂取なし <input type="checkbox"/> 摂取あり (毎日・週 _____ 回・ _____ 杯) コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ・その他 (_____) 【運転】 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (仕事で毎日・通勤で毎日・休日のみ・その他 _____) 【食事】 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に：1日 _____ 食、 _____)		
8. 女性の方のみお答えください 現在生理中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ・ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい [_____ ヶ月] 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ・ 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		
9. 家族の方の病歴についてお答えください <input type="checkbox"/> がん (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 高血圧 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 心臓病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 呼吸器病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 結核 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 胃腸病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 肝臓病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> 痛風 (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> リウマチ (あなたとの続柄： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) (あなたとの続柄： _____)		
10. 当院で興味のある治療やご相談したいことはございますか？ (複数回答可) ① <input type="checkbox"/> 禁煙 ② <input type="checkbox"/> ダイエット ③ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復、アンチエイジング ④ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 ⑤ <input type="checkbox"/> にんにく注射 ⑥ <input type="checkbox"/> サプリメント ⑦ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療 ⑧ <input type="checkbox"/> しみ ⑨ <input type="checkbox"/> しわ ⑩ <input type="checkbox"/> たるみ ⑪ <input type="checkbox"/> わきが ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛 ⑬ <input type="checkbox"/> 育毛 ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 心療内科 ⑯ <input type="checkbox"/> 健康診断 ⑰ <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
11. どのようにしてヒロクリニックを知りましたか？ <input type="checkbox"/> 以前通院した事がある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> タウンページ その他 (_____)		

お答えいただき有難う御座いました。

ヒロクリニック 内科・健康診断