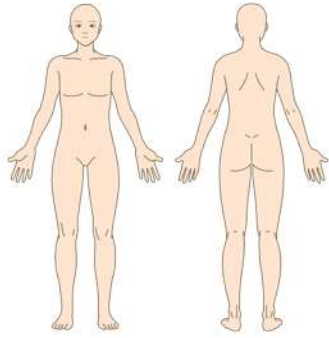


こだいら内科・心臓内科 問診表

年 月 日

フリガナ		性別		
お名前		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
ご住所	〒		電話	
			職業	
◆ 身長()cm ◆ 体重()kg ◆ 体温()℃				
*職員記入欄 ●血圧 (/)mmhg 、 脈拍数 回/分				

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気	
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲不振	
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> どうき <input type="checkbox"/> 息苦しい	
	その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい	
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み	
	健診・検査	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 健診の再検査 <input type="checkbox"/> アレルギー検査	
	予防等	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 禁煙外来	
	その他	()	
症状について具体的に ご記入ください			↓症状のある部分に○をつけてください 
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 現在症状はない <input type="checkbox"/> その他()		
症状の持続時間は？	(例:数秒程度・1時間程度・3日前からずっと 等)		
症状がおこる頻度は？	(例:今回初めておこったが、そのご症状なし・1か月に1回程度 等)		
症状が悪化(改善)する 姿勢・動作・時間等は ありますか	(例:横になると悪化する・食後は楽になる・深呼吸すると痛む 等)		
今回の症状で他の 医療機関を受診 していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	*「はい」とお答えの方 病院・医院名 :	

*裏面もご記入ください

<p>現在治療中の病気、または過去に治療していた病気はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/>心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全・心臓弁膜症・心筋症 他) <input type="checkbox"/>高尿酸血症/痛風 <input type="checkbox"/>脳卒中(脳出血・脳梗塞) <input type="checkbox"/>前立腺肥大症 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病(脂肪肝・B型肝炎・C型肝炎他) <input type="checkbox"/>タンパク尿 <input type="checkbox"/>血尿 <input type="checkbox"/>胃・小腸・大腸の病気 <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>心療内科(精神科)疾患 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>がん等() <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>現在、飲んでいる(処方されている)お薬はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 (お薬手帳をお持ちの方は記入不要です) 病名 : 薬品名:</p>
<p>手術をされたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 いつ頃 : 手術内容:</p>
<p>お薬・食事等でアレルギーが出たことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 薬品名or食品名 : アレルギー内容 :</p>
<p>たばこは吸いますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>以前吸っていた <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>➡ ()本/日・()歳から ➡ ()本/日・()頃～()まで</p>
<p>お酒は飲みますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 週に()日 「何を」: 「どれくらい」:</p>
<p>ご家族で50歳以下で突然死された方、糖尿病・心臓病の方はいますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方 誰() 内容()</p>
<p>女性の方へ 妊娠中あるいは授乳中ですか？</p>	<p>*検査やお薬の処方重要になりますのでお答えください <input type="checkbox"/>妊娠している()か月 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性はない <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>授乳中 (最終月経: 月 日 から 日間 :<input type="checkbox"/>規則的 <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>閉経)</p>	
<p>当院をどのようにしてお知りになりましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/>当院の看板を見て <input type="checkbox"/>知人からの紹介(よろしければその方のお名前:) <input type="checkbox"/>当院のホームページを見て <input type="checkbox"/>検索サイトより(<input type="checkbox"/>google <input type="checkbox"/>yahoo <input type="checkbox"/>その他) <input type="checkbox"/>他院からの紹介 <input type="checkbox"/>チラシ等を見て <input type="checkbox"/>その他()</p>	
<p>当院へ来院いただいた理由をおしえてください</p>	<p><input type="checkbox"/>家が近い <input type="checkbox"/>職場が近い <input type="checkbox"/>家族のすすめで <input type="checkbox"/>知人のすすめで <input type="checkbox"/>他院からの紹介 <input type="checkbox"/>ホームページを見て <input type="checkbox"/>チラシ・パンフレットを見て <input type="checkbox"/>その他()</p>	