～・～・～・～・～・～・～・～・～・～ 問 診 票 ～・～・～・～Tsurukawa internal medicine clinic～

フリガナ：　　当院で記入：ID

氏名：　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生／年齢　　才

性別：男・女　　本日の体温　　℃

住所：〒

主要連絡先：（　　）－（　　）－（　　）

緊急時連絡先：（　　）－（　　）－（　　）／続柄（　　）

## 1. 受診の理由・症状の該当欄に☑をして下さい。

**□診察　　□予防接種・抗体検査　　□健診**

□腹痛　□下痢　□嘔気・嘔吐　□便秘　□残尿感　□排尿時の痛み

□胃痛　□胸やけ　□糖尿病の治療　□のど渇き　□手や足のしびれ

□疲れやすい　□胃カメラを希望→□初めて／□経験がある（経口／経鼻）

□その他（　　）

## 2. 自覚症状のある方

→いつ頃からですか？　　年　　月　　日頃より

→どのような症状があるか？その部位は？現在、どんな治療を受けているか、または相談したい事は？

例：腹部左下が、ズキズキする。治まったり、強くなったりが続いている。数日間、食事がとれていない。

## 3. 現在、治療中の病気がございましたら☑をお入れ下さい→□なし

□糖尿病　□高血圧　□脂質異常　□高尿酸血症・痛風　□喘息　□花粉症

□癌（　　）□心疾患　□脳梗塞・脳血症　□緑内障　□前立腺肥大

□手術経験　（内容　　：　　年　　月頃）

□その他（　　）

## 4. 服薬治療中ですか？→□はい（お薬手帳をご提示下さい）／□いいえ

治療中で、手帳をご持参でない方は、下記にご記入下さい。

薬剤名：

## 5. 薬剤アレルギーのある方は☑をお入れ下さい→□なし

□薬剤（薬剤名　　）□消毒用アルコール

## 6.以下の嗜好品で該当欄のある方は☑をお入れ下さい→□なし

□喫煙歴　：（　　）年間・本数（　　）本／日

□アルコール　：週（　　）日／何を　　／どれ位

## 7. 女性の方へ

□妊娠中　□妊娠の可能性がある　□授乳中　□あてはまらない