

【いけだ内科循環器クリニック問診票】

| | |
|-----------------------------|---------------|
| フリガナ： | |
| お名前： | |
| 生年月日：明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | |
| 性別： 男性 ・ 女性 | 身長： cm 体重： kg |
| ご住所 〒 | |
| お電話番号： - - | |

①症状に○をつけてください。

- (a) 風邪症状： せき ・ たん ・ 鼻水 ・ 発熱 ・ のどの痛み ・ 頭痛
 (b) 腹痛や下痢 (c) めまい (d) 倦怠感 (e) 血圧が高い (f) コレステロール値が高い
 (g) その他 ()

②症状はいつからですか。

- (a) 今日 (b) 昨日 (c) 2、3日前 (d) 1週間前 (e) 2～3週間前 (f) 1ヶ月以上前

③現在、飲んでいる薬はありますか。(ない ・ ある)

- 血圧 ・ コレステロール ・ 中性脂肪 ・ 糖尿病 ・ 胃薬 ・ 風邪薬
 痛み止め ・ ぜん息 ・ アレルギー ・ ステロイド ・ 抗生物質 ・ 整形の薬
 精神科の薬 ・ その他 ()

④現在ほかの病院にかかっていますか。(いいえ ・ はい)

- 内科 ・ 脳神経外科 ・ 耳鼻科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科
 精神科 ・ 婦人科 ・ 眼科 ・ 外科

⑤以前に、大きな病気や手術をしたことがありますか。

- 病名 () いつ頃(昭和・平成 年頃または 歳時)

⑥薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。(ない ・ ある)

- 薬剤名 ()

⑦アレルギーはありますか。(ない ・ ある)

- ぜん息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎
 食べ物(具体的に：)

⑧喫煙の習慣について (ない ・ ある)

- 現在吸っている 1日 () 本程度
 以前吸っていた 1日 () 本程度

⑨現在、妊娠、または妊娠している可能性がありますか。または授乳されていますか。

- ない ・ ある

⑩診察に関し、ご希望等ございましたら○印をつけてください。

- () 薬を出してほしい
 () 注射・点滴をしてほしい
 () 検査(健康診断・血液検査・レントゲン・心電図等)をしてほしい
 その他 ()

⑪当院をどちらでお知りになりましたか？

- (電話帳・看板・紹介・インターネット・自宅が近く・仕事場が近く・その他：)

ご協力ありがとうございました。