

# 一般診療問診票

矢倉内科クリニック

受診日 令和 年 月 日

ふりがな	男 女	大正・昭和
お名前		生年月日 平成・令和 年 月 日生
ご住所 〒		
電話番号	( )	
携帯番号	( )	

- 今日はどのような症状でおいでになりましたか？

咳 痰 鼻水 のどの痛み 発熱最高 ( )℃ 現在の体温 ( )℃

胃痛 胃もたれ 腹痛 吐き気 嘔吐 頭痛 下痢 便秘 胸痛 息切れ 動悸 めまい しびれ

関節痛 頻尿 排尿困難 排尿痛 体重減少 不眠 発疹 むくみ

その他 ( )

いつから：昨日から、今朝から、( )日前から、( )週間前から、( )ヵ月前から
- これまでにかかった病気はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 前立腺肥大 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 気管支喘息

胃・十二指腸潰瘍 癌 婦人科疾患 整形外科疾患

その他 ( ) いつ頃 ( )
- 現在 他の病院にかかっていますか？

医療機関名 ( )

内服薬 (お薬手帳があればお見せ下さい) ( )
- これまでご家族で下記の病気にかかった方はいますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 癌 気管支喘息
- アレルギーはありますか？ なし あり

薬のアレルギー (薬剤名： )

食物アレルギー (食品名： )

花粉症 (花粉症名： )
- たばこは吸いますか？ いいえ はい 1日 ( )本、喫煙年数 ( )年
- お酒は飲みますか？

種類 (ビール 日本酒 ワイン 焼酎 ウイスキー )

1日量 ( )本、合、グラス 頻度 ( )日/週
- 妊娠の可能性は？ なし あり
- 当院は何でお知りになりましたか？

・ホームページ ・知人の紹介 ・通りがかり ・看板