小野寺記念たけなか医院　**内科初診問診票**　　体温；　＿＿＿度

ふりがな			
お名前			
ご住所			
電話番号		携帯電話	

以下の質問であてはまる項目に□をいれて下さい。

１.本日はどうされましたか？

□発熱（最高＿＿度＿＿日間）　□咳　□痰　□息苦しい

□動悸　□不整脈　□胸痛　□頭痛　□胸が締め付けられる　□脂汗をかく

□腹痛　□吐き気　□嘔吐（1 日＿＿回）□下痢（1 日　＿回）

□便秘（　＿日間）　□便に血が混じる　□ めまい　□ 湿疹

□ その他（　　）

２.いつからの症状ですか？　＿＿＿＿年　＿＿月＿＿日から

３.今、飲まれている薬はありますか？　　あり　／　なし

★お薬手帳を持参されている場合は診察室でお渡し下さい

（手帳がない時は下記に記載願います）

４.今までかかった病気はありますか？ 分かれば記載ください

□ 糖尿病（　歳）□ 高血圧（　歳）□ 腎臓病（ 歳）□ 肝臓病（ 歳）□ 癌（ 歳）

□ 喘 息（　歳）□ 脳梗塞（　歳）□ 脳出血（　歳）□ 結 核（　　歳）

□ 狭心症（　歳）□ 心筋梗塞（　歳）□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）　□なし

５.その他質問にお答えください

・手術を受けられたことはありますか　　あり　・　なし

・輸血を受けられたことはありますか　　あり　・　なし

・タバコは吸われますか　　吸わない　　吸う（1 日　＿＿本）

・お酒は飲まれますか　　飲まない　　飲む

・薬や注射で副作用がでましたか？　あり（薬剤名；　　）　・なし

６.ご親族で大きな病気の方はおられますか？ あれば、以下に記載願います

ご協力ありがとうございました。

＊お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。