

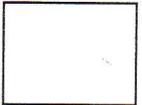


内科・消化器内科・小児科

たけ うち ちとしい

竹内基クリニック

# 問診票



ID

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男	女	歳	ヶ月
氏名		生年月日	M	T	年	月 日
	S	H				
住所	〒					
電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )	身長	cm	体重	kg	体温 °C

1. いつからですか？

( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前

2. どのような症状ですか？

発熱 頭痛 咳 喉 鼻水 体がだるい 関節痛  
 腹痛 吐き気 嘔吐 ( ) 回 下痢 ( ) 回  
 胃痛 胸やけ 食欲不振 水ぼうそう おたふく アレルギー  
 高血圧 糖尿病 コレステロール 花粉症 禁煙外来  
 骨粗しょう症 予防接種 健康診断 その他 ( )

3. 下記の病気にかかったことはありますか？

糖尿病 高血圧症 高脂血症 喘息 肺炎 腎臓病 熱性けいれん  
 心臓病 【不整脈 その他 ( )】  
 肝臓病 【B型肝炎 C型肝炎 その他 ( )】  
 緑内障 前立腺肥大症 脳出血 脳梗塞 痛風 てんかん  
 癌 ( ) 認知症 その他 ( )

4. 今現在、服用（使用）している薬はありますか？

ない ある ( )

5. 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない ある ( )

6. タバコは吸いますか？ お酒は飲みますか？(成人の方のみ)

タバコ 吸わない 吸う ( ) 本/日 / お酒 飲まない 飲む ( ) ml/日

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中 妊娠の可能性有 授乳中