

問診票

フカナ

氏名 (歳) 性別: 男・女

生年月日: 年 月 日

* 受診歴のある方は、1から記入してください

住所 〒 電話: 自宅 携帯

現在の体温 度 身長 cm 体重 kg

1. 本日はどのような症状がありますか? 症状はいつからですか? (日前から)

熱がある・鼻水がでる・のどが痛い・咳が出る・痰が出る

頭が痛い・だるい・めまいがする・関節が痛い

胸が痛い・息切れがする・動悸がする

お腹が痛い・吐き気がする・嘔吐・下痢

その他 ()

2. 現在治療中または今までかかったことのある病気はありますか?

●生活習慣病 (高血圧 脂質異常症 (高コレステロール血症) 糖尿病 高尿酸血症 (痛風))

●心臓の病気 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 心不全 その他 ())

●呼吸器の病気 (喘息 慢性閉塞性肺疾患(COPD) その他 ())

●消化器の病気 (胃腸の病気 () 肝臓の病気 () その他 ())

●脳の病気 (脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 その他 ())

●腎臓の病気 () 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

3. 現在内服中のお薬はありますか? はい () ・ いいえ

4. タバコを吸いますか? はい (歳~) ・ いいえ ・ やめた (歳~ 歳)

5. お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか? はい () ・ いいえ

6. 女性の方のみお答えください。

妊娠されていますか? はい・いいえ (週)

現在授乳中ですか? はい・いいえ

7. 本日上記の症状以外に相談したいことはありますか? はい・いいえ

8. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

- 近所 知人の紹介 他院からの紹介
 ホームページ 看板・広告 口コミ その他 ()



青山内科ハートクリニック

AOYAMA HEART CLINIC