

問診票 (初診の方)

令和 年 月 日

大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック

ふりがな	男性	生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日
お名前	女性	年齢: 歳 ヶ月
ご住所〒 (-)		電話番号(- -) 携帯電話(- -)

以下の項目について、お分かりになる範囲で□にチェックを入れてください。

① 今日の症状または受診理由を教えてください (複数可能です)

- 熱がある(最高体温: 度) のどが痛い 鼻水 / 鼻づまり くしゃみ
 咳 痰 息苦しい 胸が苦しい 胸が痛い 動悸 / 脈の乱れ
 お腹が痛い 下痢 便秘 (日) 食欲がない 胸やけ 吐気 嘔吐
 頭が痛い めまい 立ちくらみ ふらふらする
 関節が痛む (特に、 手 足 腰 肩 膝 他の関節) 怪我をした ()
 予防接種 検診で異常があった 禁煙治療の希望 お薬の相談 その他 ()

② 当院をお知りになったきっかけを教えてください (複数回答可)

- 当院の前を歩いて看板を見た シャノワール向かいの看板 掲示板の看板
 家族・知人から聞いた (その方のお名前:) 家族が当院へ通っている
 チラシを見た
 ポストに入っていた 新聞の折り込みを見た その他のチラシ ()
 ホームページを見た Facebookページを見た その他のインターネット ()
 その他 ()

③ これまでにかかったことがある、または治療中のご病気を教えてください

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 (高尿酸血症) 心臓病 () 腎臓病 肝臓病 ()
 脳梗塞 脳出血 喘息 アレルギー 血液疾患 () 結核 (いつ頃: 年前)
 手術 () がん () その他 ()

④ 普段服用しているお薬や漢方、サプリメントはありますか? (お薬手帳は受付へお渡しください)

(お薬手帳がない方のみ、可能な範囲でご記入願います)

⑤ 飲み薬や注射で体調が悪くなったことはありますか? ない ある → (薬の名前:)

⑥ 食べ物のアレルギーはありますか? ない ある → (具体的な食べ物:)

⑦ 日頃の生活習慣について教えてください

- ・ 喫煙されますか 全く吸わない 禁煙できた: 年前 吸っている → 1日で 本 × 年間
・ 周りにタバコを吸う方はいますか? いない いる → (父 母 同僚 その他)
・ 飲酒されますか 飲まない 飲んでいる → 1日あたり を くらい

⑧ ご家族の方がかかれた病気について教えてください

- 父: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()
母: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()
祖父母: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()
兄弟: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()

⑨ 今、一番心配なことや相談したいことがあれば教えてください。

※今日の受診理由でも、それ以外でも結構です。ご家族のことでも構いません。

()



2020.9 Ver

ご協力ありがとうございました。

※当院から医療情報などのお便りをお届けする事があります。ご不要な方はチェックしてください