

かわさきクリニック 内科 初診問診票

氏名[] 年齢[]歳 記入年月日[]

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

- 発熱→ 月 日から 最高 度 悪寒 なし・あり
- 息苦しい→ 月 日から
- せき→ 月 日から () 2週間以上続いている
- ぜいぜいする→ 月 日から
- 食欲低下→ 月 日から
- 体重減少→ 約 () ヶ月で () kg 減少した
- 下痢→ 月 日から 1日 () 回くらい。血液混入 ない・あり
- 腹痛→ 月 日から へそ周囲・左・右下腹部 赤色便 なし・あり
- 胃痛→ 月 日から 黒色便 なし・あり
- 頭痛→ 月 日から しびれ なし・あり 麻痺 なし・あり
めまい なし・あり
- 胸痛→ 月 日から
- 嘔気・嘔吐→ 月 日から 1日 () 回くらい。血液混入 ない・あり
- 体のむくみ→ 月 日から 左・右 上肢・下肢・足底・手背
- 1ヶ月以内に海外に行かれたか？ いいえ・はい ()
- その他→ ()

2.上記の症状で医療機関に受診されましたか？ いいえ ・ はい

3.現在内服中の薬はありますか？ いいえ ・ はい お薬手帳持参 なし・あり

4.ご家族に糖尿病・脂質異常症(コレステロールが高い)・高血圧・脳梗塞・心筋梗塞で治療された方はいますか？

- 糖尿病 () 脂質異常症 ()
- 高血圧 () 脳梗塞 ()
- 心筋梗塞 ()

5.今までに入院されるような大きな病気にかかったことがありますか？

- 特になし
- あり→どのようなご病気ですか？ ()

6.飲酒や喫煙について

・アルコールは飲みますか？

飲まない

飲む→種類 () ・量 ()

頻度；() ほぼ毎日・() 週に3-4回・() 週に1-2回・() 月に1-2回

・タバコは吸いますか？

吸わない

過去に吸っていたが、今は吸わない→() 歳～() 頃まで吸っていた。

現在吸っている→1日に() 本、() 歳頃から

7.薬による副作用はありますか？

なし

あり→()

8.アレルギー（食物・薬剤など）はありますか？

なし

あり→()

9.女性の方のみに伺います。

妊娠している。

妊娠していない。

妊娠の可能性がある。

10.当院をどこでお知りになりましたか？

大阪市立総合医療センターで

ホームページを見て

クリニックの看板を見て（通りがかり）

家族・知人からの紹介

チラシ

他の病院・医院からの紹介→（病院・医院名）