

# 大学橋ファミリークリニック成人用問診票

ふりがな

No. \_\_\_\_\_ ( : )

お名前： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 T・S・H 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 (自宅) : \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_ (携帯) : \_\_\_\_\_

身長： (およそ) \_\_\_\_\_ cm 体重： (およそ) \_\_\_\_\_ kg

1. 本日はどうなされましたか？ (丸をつけてください。いくつでも。)

- ・ 発熱。(もしわかれば、 \_\_\_\_\_ °C程度)
- ・ 腹痛。
- ・ 咳、痰。
- ・ 嘔吐または下痢。
- ・ のどの痛み。
- ・ 血便、痔疾、肛門の痛み。
- ・ 鼻汁。
- ・ 血尿、膿尿、または膀胱炎。
- ・ 全身のだるさ。
- ・ 体がかゆい。
- ・ 頭痛。
- ・ できもの、はれものがある。
- ・ 食欲不振、または食べ過ぎ。
- ・ 眠れない。
- ・ めまい、吐き気。
- ・ 動悸、息切れ。

・ やけどやけがなど (部位は？具体的に。 \_\_\_\_\_)

・ その他。具体的に。 \_\_\_\_\_)

2. いま、どこかの病院にかかっていますか？ はい ・ いいえ

かかっている場合、どちらの病院ですか？ 何科ですか？

(具体的に) 医院名： \_\_\_\_\_ 科

3. いまのんでいる薬があればおしえてください。

(具体的に) \_\_\_\_\_

4. 薬や食べ物アレルギーがあればおしえてください。

(具体的に) \_\_\_\_\_

5. これまでにかかった大きな病気やけががあればおしえてください。

(具体的に) \_\_\_\_\_

6. 手術を受けたことがありますか。 ある ・ ない

ある場合は、どんな手術かおぼえていますか。

(具体的に) \_\_\_\_\_ 年前に、 \_\_\_\_\_

7. ご家族に、次の病気の方はいますか。いれば丸をつけてください。

胃・十二指腸潰瘍 心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病

8. 女性の方へ。いま、妊娠している可能性はありますか。 ある ・ ない

いま、授乳中ですか。 はい ・ いいえ