

# 赤坂虎の門クリニック問診票 (内科)

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

受診の前に、今回の症状・これまでの健康状態など以下の質問にお答えください。

1. 本日来院された主な症状や理由はなんですか

( \_\_\_\_\_ )

2. それはいつごろからですか ( \_\_\_\_\_ )

3. その症状について今までに何か治療を受けたことがありますか。

なし・あり → (治療： \_\_\_\_\_ )

4. 今までに大きな病気または手術を受けたことがありますか。

なし・あり → (病名・手術： \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

5. 現在治療されている病気はありますか。

高血圧 心臓病 (不整脈) 緑内障 (眼圧が高い) 糖尿病 喘息 貧血

アレルギー疾患 肝臓病 腎臓病 がん ( \_\_\_\_\_ ) 精神疾患

その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在お薬をお飲みですか。

いいえ・はい (薬名： \_\_\_\_\_ )

7. アレルギーはありますか。

なし・あり ありの方はアレルギー物質とその時の症状をお書きください

お薬 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

食品 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

8. お酒は飲みますか。

飲まない・禁酒した・飲む → 量は? 付き合い程度・ほぼ毎日 (1日約 \_\_\_\_\_ 杯)

9. たばこを吸いますか。

吸わない・禁煙した・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本を約 \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 歳))

10. 身長、体重

身長： \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg

最近体重減少がありますか

ない・ある → ある方 ( \_\_\_\_\_ か月前から \_\_\_\_\_ kg ぐらい痩せた)

11. 過去1か月以内に海外へ行かれたか

いいえ・はい → (国名： \_\_\_\_\_ )、時期 ( \_\_\_\_\_ )

12. 血縁のご家族にがん、高血圧、糖尿病、心臓疾患、脳梗塞などで治療中または亡くなられた方はいらっしゃるでしょうか。

いいえ・はい (病名： \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございます。受付へお渡してください。