

NO.

平成 年 月 日

初めてご来院された方へ

成人問診表



Hi-yoshi Naika

日吉内科

下記必要事項やあてはまる項目をご記入下さい。

ご氏名	フリガナ 氏 名	性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
ご住所	□□□□ - □□□□ (港北区・都筑区・緑区・鶴見区・川崎市)	
ご連絡先	(ご自宅) ()	(携帯) ()
身長	体重	医院での体温
cm	kg	℃

1. いつから、どこが、どんな具合で、現在はどのような状態かお書き下さい。

()日前・()ヶ月前から

具体的に

下記の症状があれば○をつけてください。(複数可)

咳(せき)	痰(たん)	のどの痛み	頭痛	関節痛(ふしぶしの痛み)	ゼイゼイする
息切れする	胸痛	動悸	吐き気	下痢	腹痛
めまい	しびれ感	浮腫(むくみ)	その他()		

2. 今まで次の病気にかかった事があれば○をつけて下さい。(複数可)

高血圧	高脂血症	糖尿病	高尿酸血症	痛風	不整脈	腎炎	膀胱炎	肝炎
喘息	花粉症	じんま疹	蓄膿症	アトピー性皮膚炎	肺炎	肺結核	肺気腫	狭心症
心筋梗塞	脳梗塞	脳出血	胃炎	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	気胸	緑内障	前立腺肥大症
心身症	うつ病	不眠症	その他()					

癌(部位に○をつけて下さい: 食道・胃・肺・肝臓・大腸・乳・子宮・その他)(治療内容に○をつけて下さい。: 手術・抗がん剤・放射線)

3. 過去に薬の副作用はありましたか?

ない ・ ある ⇒あるとお答えの方、どんなお薬ですか?(風邪薬・痛み止め・抗生物質・その他/)

4. 現在飲んでいるお薬はありますか?

ない ・ ある ⇒あるとお答えの方、どんなお薬ですか?(市販薬・病院の薬/薬名)

5. タバコを吸っていますか?

いいえ ・ 過去に吸っていた(本/1日 歳から 歳まで) ・ 現在吸っている(本/1日 歳から喫煙開始)

6. お酒を飲みますか?

いいえ ・ 時々飲む ・ 飲む ⇒時々飲む若しくは飲むとお答えの方、1日の飲酒量を下記にご記入下さい。

1日の飲酒量(複数可) 日本酒 合・ビール350ml缶 本・ウイスキー 杯・ワイン 杯・焼酎 杯

7. 女性で下記に当てはまるものがあれば○をつけて下さい。

生理中(最終月経 月 日~ 月 日)・妊娠中・授乳中