内科初診時問診票

年 月 日 記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日  性別 | 西暦  　年 　月 　 日生  （　　　　　　 ）歳  🔳男性　　　🔳女性 |
| お名前 |  |
| 住所 | 〒 　　　－ | 身長　　　　㎝、体重　　　　㎏  職業 | |
| 電話番号  メールアドレス | （ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅　　（ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅  　 ＠ | | |

1. 現在の自覚症状または受診理由をお知らせ下さい。その症状はいつ頃からですか？

1. 食欲についてお知らせください。

食欲はありますか？ 🔳ふつう 　🔳低下している 　 🔳過剰に食べてしまうことが頻繁にある

体重の変化はありますか？ 　🔳はい （ここ 　　ヶ月で 　㎏ の 減少・増加 ）　 🔳いいえ

1. 現在、もしくは今まで、身体のご病気はありますか？ ある場合通院先をお知らせ下さい。

🔳なし 　🔳あり　 　　 　　 　　　通院先　　　　　 　　 、 　　　　　　　　 通院先

現在内服中のお薬はありますか？

🔳なし 　🔳あり・薬剤名 　　　　　　　　　 （お薬手帳をご提示頂ければ、記入は省略可です。）

1. ご家族についてお知らせください。 ご病気の方は病名をお書きください。

父（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

母（ 才） 健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

配偶者（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

兄弟姉妹　健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

子（ 才） 健康・病気（病名 　 ）・死亡（病名 ）

1. 薬や食物等が原因で、発疹などのアレルギーや副作用が出たことはありますか？

🔳なし 　🔳あり（症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

原因であてはまるものをお知らせください。

シナモン 卵　エビ カニ ヤマイモ ゴマ 小麦 そば ゼラチン 花粉（具体名 ）

金属（具体名 ）化学物質（具体名 ） ハウスダスト ダニ 寒冷 洗剤 　薬剤（具体名 　　 ）

1. 嗜好について お知らせください。

飲酒 🔳飲まない 🔳機会があれば飲む 🔳ほぼ毎日飲む（１日あたり を mlくらい）

喫煙 🔳吸わない 🔳吸う（１日あたり＿＿本くらい）

1. （女性の方のみ）現在妊娠中または授乳中ですか？

🔳 どちらでもない　　🔳妊娠中　　　　🔳授乳中

ご回答ありがとうございました。

ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療以外に利用することはありません。

Ikeda Clinic