

かわた内科問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 () 歳	性別 男 女	体温 ℃
住所 〒 ー			
電話番号		携帯電話	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み
 頭痛 腹痛 吐き気 おうと 下痢 便秘 食欲がない
 腰痛 息苦しい からだがだるい めまい ふらつく
 血圧が高い (/ mmHg)
 その他 []

● 現在治療中の病気はありますか なし あり

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 痛風（尿酸値が高い） 心疾患
 脳こうそく 不整脈 ぜんそく 緑内障 関節リウマチ
 その他 []

● 今、飲んでいるお薬はありますか なし あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

● 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

いつ頃ですか：	病名：
病院名：	

● 生活習慣について

- ・お酒： 飲む 飲まない
 ・たばこ： 吸う (本/日) (年間) 吸わない 禁煙した (年前から)

● 女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無： あり なし ・授乳中ですか： はい いいえ