

# ひぐち内科クリニック問診票

受診日: 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	性別	男性 女性
住所	〒 -				
電話番号	-	-	携帯電話	-	-
体温	℃	血圧	/	脈拍	回/分 SpO2 %

1、本日はどのような症状で受診されましたか。全てに○をしてください。

\*いつからですか( )

胸が痛い 胸がドキドキする 息苦しい むくみ(部位: )

血圧が高い 動脈硬化が心配 いびきがひどい 禁煙したい

健康診断で指摘された(心電図異常 コレステロール 中性脂肪 血糖値 尿酸値 腎機能)

風邪症状(咳がでる 熱がある のどが痛い 痰がでる 関節が痛い )

他院からの紹介 その他( )

2、今までかかったことのある病気全てに○をしてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 脳梗塞・脳出血

心臓病(不整脈 狭心症 心筋梗塞 心不全) 腎臓病 肝臓病 緑内障

喘息 無呼吸症候群 その他( )

3、今までに手術を受けたことがありますか。(有・無)

病名: 時期:

4、現在服薬中のお薬はありますか。(有・無)

お薬名をご記入ください。

\*お薬手帳があればご提出ください。

5、アレルギーがありますか(有・無)

お薬( )

食べ物( )

6、嗜好品について

タバコ : 吸わない・吸う(1日 本)

飲酒 : 飲まない・飲む(1日量 )

7、女性にお尋ねします。現在妊娠中/授乳中ですか。(はい・いいえ・わからない)

8、よろしければ当院に来院されたきっかけを教えてください。(○をしてください)

自宅近いから 知人の紹介 インターネット 看板 チラシ・広告 その他