問診票

アモルクリニック内科

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日		
氏名		性別	男・女	年齢	歳
住所	〒				
電話番号	自宅：	携帯：			

該当する□に☑をお願いします。

来院目的	□相談・治療　□転医希望　□健康診断　□がん検診 □検査　□注射・点滴　□予防接種 （　　）
持参書類	□なし　□紹介状　□健診報告書　□その他（　　）
症状	発症日　☑（　　）から □痛み：　□頭　□のど　□胸　□おなか　□手足　□その他（　　） □発熱　□倦怠感　□鼻汁　□鼻づまり　□咳　□痰　□息苦しい　□動悸 □便秘　□下痢　□嘔気　□嘔吐　□むくみ　□めまい　□眠れない　□かゆみ（部位　　） □その他（　　）
現在治療中 通院中の病気 □あり □なし	通院中の病院　□内科　□整形外科　□耳鼻科　□眼科　□皮膚科 □泌尿器科　□外科　□心療内科・精神科 その他・病院名（　　） 病名　□高血圧　□糖尿病　□高脂血症（脂質異常症）　□高尿酸血症（痛風） □喘息　□心疾患　□緑内障　□前立腺肥大症　□精神疾患 □癌　□腎疾患　□肝疾患　□骨粗しょう症　□アトピー性皮膚炎 その他・病名（　　）
内服中の薬　または 他院でもらった薬 □なし　□あり	薬の名前 （　　）
過去にかかった 大きな病気 □なし　□あり	□癌　□喘息　□肺炎　□胃・十二指腸潰瘍　□脳梗塞・脳出血 □心疾患　□胆石　□痛風　□尿路結石 □腎疾患　□肝疾患　□精神疾患 □その他（　　）
家族の既往症 □なし　□あり	病気のあった家族　□父　□母　□兄弟姉妹　□その他 病名　□高血圧　□糖尿病　□高脂血症（脂質異常症）　□高尿酸血症（痛風） □癌　□心疾患　□喘息　□精神疾患　□膠原病 □その他（　　）
薬・食べ物のアレルギー □なし　□あり	該当する薬、食べ物 （　　）
喫煙　□なし　□あり　□やめた（　　）まで　平均（　　）本/日 飲酒　□なし　□あり　□やめた（　　）まで　週（　　）日　種類・量（　　）	
妊娠　□なし　□あり（　　）か月　授乳　□なし　□あり	
来院のきっかけ	□近隣・知人のご紹介　□ホームページを見て　□通りがかりで □他医療機関からの紹介　□情報誌を見て　□その他（　　）

問診票