

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