

内科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女

1. 今日はどうな症状でご来院されましたか？ (当てはまる項目を○で囲って下さい)

いつからですか？ () 頃から

本日の体温 (°C) ※ 高熱の方、最近海外から帰国されましたか？
いいえ ・ はい [いつ ・ どこから]

発熱 ・ のどの痛み ・ 鼻汁 ・ くしゃみ ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ だるさ
腹痛 ・ 胃痛 ・ 吐気 ・ 嘔吐 ・ 便の異常 (下痢・便秘)

その他 (めまい・発疹など)

<その他> 検査の相談 (内視鏡・エコーなど) ・ にんにく注射 ・ プラセンタ注射
トリガーポイント(肩こり注射) ・ AGA (男性薄毛相談) ・ ED (男性機能治療)

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 胃潰瘍
肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 気管支喘息 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 貧血 ・ その他 ()
→ 現在治療されていますか？ している ・ していない

3. 今までに、手術をされた事がありますか？

いいえ ・ はい→病名()

4. お薬でアレルギーが出たことはありますか？

ない ・ ある → どのようなものでどのような症状ですか？
・ お薬(種類;)で () 症状 (例) 皮疹・下痢など

5. 食べ物など(お薬以外)でアレルギーが出たことはありますか？

ない ・ ある → どのようなものでどのような症状ですか？
・ 食べ物、その他(種類;)で () 症状

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
妊娠中の方、現在 (週) / 授乳中ですか？ はい ・ いいえ