

## 内科問診票

ふりがな みうら かな お名前 <b>三浦 伽奈</b>	生年月日 T/S/H 12 年 09 月 15 日 ( 22 ) 歳	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	体温 <b>37.2</b> °C
住所 〒 003 - 0812 札幌市白石区菊			
電話番号 <b>090-1306-9015</b>		携帯電話 <b>0125-76-2910</b>	

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 ( **56** mmHg )  
☐ その他

● 現在治療中の病気 ☐ 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)  
☐ 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 ☐ 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

・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 (1 日 本 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 ☐ なし ☐ あり      ・授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい