

問診票 (内科・小児科)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	— —		職業			

① 当院（岩本医院を含め）を以前に受診したことがありますか？

いいえ はい → それはいつ頃ですか？（ 年 月 日ごろ）

② どのような症状がありますか？ をつけてください。

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱（ ）℃ | <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ）回 | <input type="checkbox"/> 下痢（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> のど痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 腰痛（右・左） |
| <input type="checkbox"/> げいげい | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

③ いつ頃ごろからですか？

（ ）月（ ）日頃から

④ 症状がある部位に ○ 印をしてください

⑤ これまで、治療を受けている病気はありますか？

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常（高脂血症） |
| <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

⑥ いま、通院や飲んでいるお薬はありますか？

はい いいえ

↳（病院・クリニック名： ）

（飲んでいる薬： ）

⑦ お薬や食品でアレルギーがありますか？

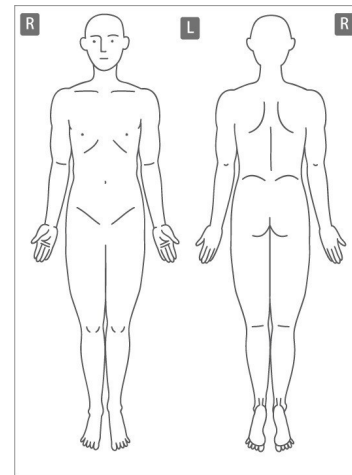
はい いいえ

↳ 薬（ ）・食物（ ）・その他（ ）

⑧ ※女性の方のみ記入してください。現在、妊娠中ですか？

はい いいえ

↳ 妊娠している ・可能性がある ・授乳中



循環器内科を受診希望される方は、
次の問診票（2枚のうち症状が当てはまる方）へのご記入もお願いします

- 体重 _____ kg
- 血圧 _____ / _____ mmHg
- 脈拍 _____ 回/分
- SpO2 _____ %
- 体温 _____ °C

血圧異常の症状がある方へお聞きします

① 異常時の血圧の値を教えてください？

血圧の値（ / ）

※ 普段の血圧がわかれば記載してください（ / ）

② 血圧が高い時間帯はいつですか？ ○印をつけてください。

朝・昼・夕・夜・深夜

③ 血圧異常時に以下の自覚症状はありますか？

はい いいえ

↳ ふらつき・頭痛・動悸・脈の乱れ（頻脈・徐脈）・意識がとびそうな感覚

④ 過去に健診などで血圧異常を指摘されたことはありますか？

はい いいえ

⑤ 今までに血圧の薬を内服したことはありますか？

はい いいえ

↳ 薬剤名：（ _____ ）

⑥ 両親・兄弟・祖父母など、家系に下記の病歴の方がいますか？

はい いいえ

↳ 糖尿病・高脂血症・心筋梗塞・狭心症・大動脈解離・突然死

それは誰ですか？（ _____ ）

⑦ これまでに喫煙歴はありますか？

はい いいえ

↳ _____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 年間

⑧ お酒は飲みますか？

はい いいえ

↳ （種類： _____ ）をどのくらいの量（ _____ ） 頻度（ _____ ）