医療法人玲生会 にん内科

ＩＤ：　　令和　　年　　月　　日

問 診 票

※記入の必要はありません。		体温　　℃	
【Nsメモ】	DM ・ HT ・ BPH アストマ　HD ・ PM		

フリガナ		性 別	生年月日
お名前		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年　　月　　日（　　歳）
住 所	〒		
身長	cm	体重	kg
電 話	自宅：	携帯：	

1．どうなさいましたか？

（症状に〇をつけ、記入もお願いします。最もつらい症状に◎を付けて下さい。）

・症状はいつからですか？　　日前から

・せき（少し ・ 多い ・ 眠れない程）　・たん（少し ・ 多い ・ 白色 ・ 黄色 ・ 緑色）

・鼻水（少し ・ 多い ・ 白色 ・ 黄色）/ 鼻づまり　・頭痛（重い感じ ・ ずきずきする）　・ 関節痛

・吐き気　・嘔吐（　　回）　・下痢（　　日前から、　　回／日 ・ 水様便 ・ 軟便）

・腹痛　・食欲不振　・胸痛　・動悸　・めまい（ふわふわする ・ ぐるぐるまわる）

・その他（　　）

2．今までかかった、または現在治療中の病気はありますか？　ある　・　ない

高血圧　・　高脂血症　・　糖尿病　・　痛風　・　狭心症 / 心筋梗塞　・　脳卒中

その他（　　）

→治療されていますか？　している　・　していない

3．現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？　ある　・　ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

（　　）

4．お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？　ある　・　ない

（　　）

5．（女性の方のみ）現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？　はい　・　いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？　（複数回答でも構いません。）

近所に在住（通勤・通学路）　/　ホームページ/広告（駅地図広告・電柱広告）　/　知人の紹介

他の医療機関からの紹介　/　その他

ご家族の紹介　　氏名　（　　）