

問診表（内科総合）

くにちか内科循環器・呼吸器クリニック

ふりがな		
氏名	男・女	職業：
生年月日	大正 昭和 平成 西暦 年 月 日 歳	
住所	〒	
電話番号	(自宅) (携帯)	

■いつからどのような症状がありますか

・血糖値異常 ・脂質異常 ・体重減少 ・むくみ ・倦怠感
・頭痛 ・めまい ・腹痛 ・いびき/睡眠障害 ・健診異常 ・その他 ()
・いつ頃から

★現在治療中の病気がありますか (はい ・ いいえ)
病名 ()

★気になることを記入してください

※現在、妊娠の可能性はありますか (はい ・ いいえ) 授乳中 (はい ・ いいえ)
※介護保険を申請していますか (はい ・ いいえ) 種類 (要支援 要介護)

■服薬中の薬 (あり ・ なし) サプリメント含む

記入欄 (お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません)

■既往歴

■入院歴

高血圧 (あり ・ なし)	前立腺肥大 (あり ・ なし)	病名 いつ頃
糖尿病 (あり ・ なし)	緑内障 (あり ・ なし)	
心臓病 (あり ・ なし)	アレルギー (あり ・ なし)	
気管支喘息 (あり ・ なし)	副鼻腔炎 (あり ・ なし)	手術歴 輸血歴
脳梗塞 (あり ・ なし)	花粉症 (あり ・ なし)	(あり ・ なし) (あり ・ なし)

※アレルギーや薬の副作用がある方は具体的に記入ください

■嗜好

タバコを吸いますか ・はい…1日 (本) × (年間) ・いいえ
・禁煙した… 歳頃
お酒を飲みますか ・はい… (毎日 ・ 日くらい/週 ・ 時々)
・いいえ
・いいえ
飲酒 種類・量 ()

■ご希望の検査はございますか

・採血 ・肺年齢 ・胸のレントゲン ・血管、頸部/腹部/下肢のエコー
・検尿 ・心電図 ・心臓のエコー ・その他 ()

<以下の項目は看護師が記入します>

血圧	mmHg	体温	℃
脈拍	拍/分	酸素飽和度	%
身長	cm	体重	kg
※ワクチン歴 (肺炎球菌 インフルエンザ 新型コロナ)			
※感染症罹患歴 (新型コロナ 年 月頃) ・なし			
※家族歴 ・HT () ・DL () ・DM () ・CVA ()			