

市立病院前 老年内科メモリークリニック 問診票 (一般内科用)

令和 年 月 日

診察前にお尋ね致します。お分かりになる範囲でご記入下さい。

※ご自分でご記入出来ない方は看護師にお申し出下さい。

ふりがな 氏名
〒 住所
生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日
年齢： 歳 性別：男・女・その他
日中ご連絡が可能な電話番号：

下記の1～10の質問に当てはまるものにチェックをつけて下さい。

1.本日はどうなさいましたか？

- 血圧が高い コレステロールが高い 血糖値が高い 尿酸値が高い 骨がもろい
 痛い (頭 のど 胸 胃 おなか 背中 その他の部位：)
 熱がある 鼻水・鼻づまり 咳 痰 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ
 心臓が気になる 胃がもたれる 胃が重い 食欲低下
 便に血が混じる 便秘 下痢 (回) 吐き気・吐いた (回)
 尿が近い 排尿時に痛みがある むくみ めまい・ふらつき
 眠れない かゆい
 健康診断希望 健康診断の二次検診 その他：

2.症状があるのはいつからですか？

月 日頃から

3.今までに何か病気にかかったり、入院した事はありますか？

- ある (病名・時期：)

※裏面もありますので、ご記入をお願い致します

4.今までにケガや病気で手術を受けたことはありますか？

ない

ある（病名： _____)

5.現在、治療中の病気はありますか？

ない

ある（病名： _____)

6.現在、内服中の薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はお見せ頂ければ記載不要です。

なし

ある（薬品名： _____)

7.薬・食べ物・その他でアレルギーはありますか？

ない

ある 薬（例：抗生物質等）：

食べ物：

その他（例：喘息・アレルギー性鼻炎など）：

8.日常生活についてお尋ねします。

お酒：飲まない 飲む（ _____ 合位/日） 以前は飲んでいた

タバコ：吸わない 吸う（ _____ 本/日） 以前は吸っていた

9.女性の方にお尋ねいたします。

妊娠していますか？ はい いいえ わからない

授乳していますか？ はい いいえ

10.当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり

その他：

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。