ＩＤ

医療法人鳳紀会
可知病院

内科問診票

フリガナ		本日の 体温　　℃	身長　　cm
お名前			
ご職業	☐ 会社員　☐ 食品衛生関連　☐ 医療従事者　☐ その他（　　）		体重　　kg

該当する項目に ☑ チェックを付けてお答え下さい。

今日は どうされましたか？	風邪症状	☐ 熱がある　☐ 咳が出る　☐ 鼻水が出る　☐ たんが出る　☐ 喉が痛い
		☐ 関節痛　☐ 寒気
	腹部症状	☐ 腹痛　☐ 寒気　☐ 吐き気　☐ 下痢　☐ 便秘　☐ 胃の調子が悪い　☐食欲がない
	胸部症状	☐ 胸痛　☐ 胸が苦しい　☐ 圧迫感　☐ 動悸　☐ 息苦しい
	その他症状	☐ 頭痛　☐ めまい　☐ だるい　☐ その他（　　）
	皮膚症状	☐ 湿疹　☐ かゆみ　☐ 痛み　☐ むくみ　☐ 腫れ
	その他	☐ 検診の再検診　☐ 健康診断
	※上記の症状に当てはまらない場合などはこちらへご記入ください。	
症状はいつからですか？		
健康診断の結果や他院からの紹介状はありますか	☐ ない　☐ ある	**※お持ちの方は外来窓口にお出し下さい**
現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	☐ ない ☐ ある	※「ある」とお答えの方 ☐ 喘息　☐ 糖尿病　☐ 高血圧症　☐ 前立腺肥大症　☐ 心臓疾患（不整脈も含む） ☐ 肝臓疾患　☐ 脳疾患　☐ 高脂血症　☐ 緑内障　☐ 結核 ☐ その他（　　） かかりつけの病院はどこですか？（　　）
現在飲んでいるお薬は ありますか？	☐ ない ☐ ある	※「ある」とお答えの方　**・お薬手帳をお持ちの方は外来窓口に出して下さい。** 薬品名（　　）
お薬などでアレルギー が出たことはありますか？	☐ ない ☐ ある	※「ある」とお答えの方 薬品名（　　） その他（　　）
過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？	☐ ない	☐ ある
たばこを吸いますか？	☐ 吸う　☐ 過去に吸っていた ☐ 吸わない	※「吸う」「過去に吸っていた」とお答えの方 1日　　本、　約　　年間
アルコールを飲みますか？	☐ 飲む　☐ 過去に飲んでいた　☐ 飲まない ※「飲む」「過去に飲んでいた」とお答えの方 ☐ 毎日　☐ 時々　☐ 月に2～3回	種類：　　1日　　ｍｌ
女性の方へ 妊娠、授乳について	☐ 妊娠していない　☐ 妊娠中　現在（　　）週　（出産予定日　H　　年　　月　　日） ☐ 妊娠の可能性あり　☐ 授乳中	
もし、がんなどの難病と診断された場合、告知は	☐ 本人　☐家族のみ（続柄：　　に伝えて欲しい	

介護サービスをご利用中の方に質問します。

- **現在、施設に入所中ですか？　☐ いいえ　☐ はい　（ 施設名　　）**
- **現在、デイサービスを利用中ですか？　☐ いいえ　☐ はい　（ 施設名　　）**
- **現在、デイケアを利用中ですか？　☐ いいえ　☐ はい　（ 施設名　　）**

ご記入いただきましたらお手数ですが、外来窓口までご提出下さい。　内容は診療以外の目的には使用しません。