

# 横浜ながった内科・呼吸器クリニック問診票

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

■ 本日の受診理由は？（該当する番号に○をつけて下さい。）

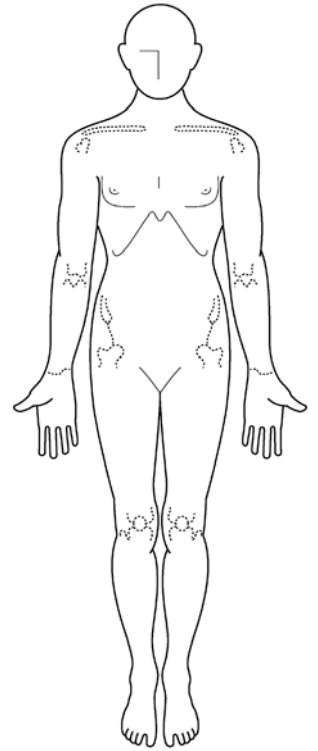
1. 具合が悪い

・ それはいつからですか。 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

・ どういった症状ですか。○をつけてください。

発熱（最高 \_\_\_\_\_ 度）、咳、痰（白色・黄色・緑色・血性）、  
のどが痛い、鼻水（ \_\_\_\_\_ 色）、息苦しい、胸痛、動悸、むくみ、  
耳鳴り、目の異常、頭痛、めまい、倦怠感、胃痛、腹痛、  
下痢、吐き気、嘔吐、体の痛み、しびれ、腫れ、皮膚の異常  
その他の症状（ \_\_\_\_\_ ）

・ 部位を右記図で示してください。



2. 健診結果から精密検査希望（検査項目 \_\_\_\_\_）

3. 無呼吸・いびき外来、禁煙外来、健診、予防接種（該当する診療内容に○をつけてください。）

上記以外で希望する診療内容をお書きください。（ \_\_\_\_\_ ）

■ 現在、治療を受けている病気はありますか。

なし ・ あり（内服している薬がありましたら記入してください。 \_\_\_\_\_ ）

■ これまでに薬や食べ物でアレルギー反応がでたことがありますか。

なし ・ あり（薬品名・食品名 \_\_\_\_\_ ）

■ 入院した病気や手術を受けたことがある病気はありますか。

なし ・ あり（病名 \_\_\_\_\_ ）

■ 生活習慣についてお伺いします。

たばこ： 吸う（1日 \_\_\_\_\_ 本） ・ 吸わない ・ 以前吸っていた  
飲酒： しない ・ する（毎日・週 \_\_\_\_\_ 回 ・ 月 \_\_\_\_\_ 回）

■ 女性の方にお伺いします。（該当する内容に○をつけてください。）

妊娠の可能性なし ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中（ \_\_\_\_\_ ヶ月） ・ 授乳中

\* この問診票は、あなたの健康状態を把握するためのもので他の目的に使用することはありません。