

横浜ながつた内科・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。）

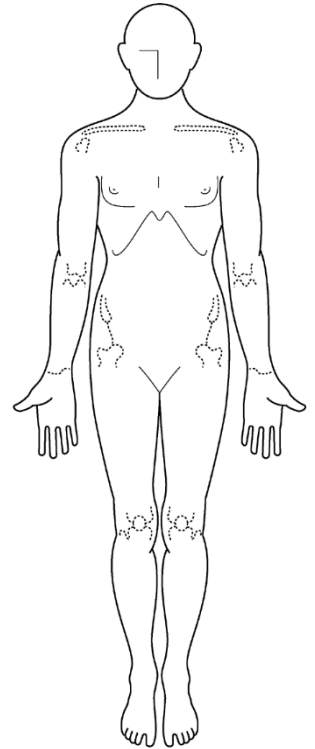
1. 具合が悪い

• それはいつからですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

• どういった症状ですか。下記に○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、眼の異常、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

（上記の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があればお書きください。（ _____ ）

■ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。 なし ・ あり

■ 現在、通院・治療をしている病気はありますか。

なし ・ あり（病名 _____ 医療機関名 _____ 内服薬 _____ ）

（病名 _____ 医療機関名 _____ 内服薬 _____ ）

■ 過去に治療や入院、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 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____ ）

（病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____ ）

■ この1年以内に健診（特定健診、高齢者健診、人間ドックなど）を受けましたか。

なし ・ あり（時期 _____ 指摘事項 _____ ）

■ 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 _____ 症状 _____ ）

■ 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他の目的に使用することはありません。

* 診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得するため、マイナ保険証（マイナンバーカードを健康保険証として利用する申込みが必要です。）の受付が可能です。