

# 問診票 (内科・小児科)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 性別・年齢	大・昭・平・令 男・女	年 月 日 歳
住所	〒		
電話番号	— —	職業	

① 当院（岩本医院を含め）を以前に受診したことがありますか？

いいえ  はい → それはいつ頃ですか？（ 年 月 日）

② どのような症状がありますか？  をつけてください。

- |                                |                                 |                                  |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱（ ）℃ | <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ）回 | <input type="checkbox"/> 下痢（ ）回  |
| <input type="checkbox"/> せき    | <input type="checkbox"/> のど痛    | <input type="checkbox"/> 頭痛      |
| <input type="checkbox"/> 腹痛    | <input type="checkbox"/> 胸痛     | <input type="checkbox"/> 腰痛（右・左） |
| <input type="checkbox"/> ぜいぜい  | <input type="checkbox"/> 息苦しい   | <input type="checkbox"/> 発疹      |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛  | <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                  |

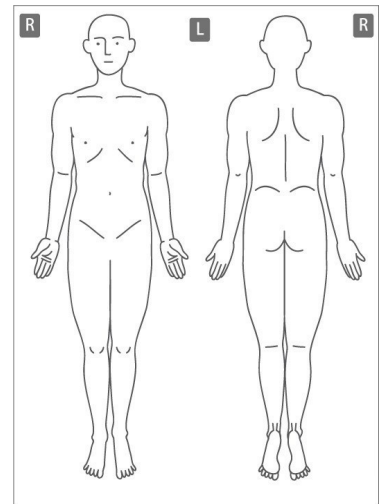
③ いつ頃からですか？

（ ）月（ ）日頃から

④ 症状がある部位に ○ 印をしてください

⑤ これまで、治療を受けている病気はありますか？

- |                                 |                              |                              |                                     |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧    | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常（高脂血症） |
| <input type="checkbox"/> 肝炎     | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> 精神疾患       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |                              |                              |                                     |



⑥ いま、通院や飲んでいるお薬はありますか？

はい  いいえ

↳ (病院・クリニック名： )

(飲んでいる薬： )

⑦ お薬や食品でアレルギーがありますか？

はい  いいえ

↳ 薬（ ）・食物（ ）・その他（ ）

⑧ ※女性の方のみ記入してください。現在、妊娠中ですか？

はい  いいえ

↳ 妊娠している ・可能性がある ・授乳中

- 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 血圧 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg
- 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分
- SpO2 \_\_\_\_\_ %
- 体温 \_\_\_\_\_ °C

循環器内科を受診希望される方は、  
次の問診票（2枚のうち症状が当てはまる方）へ  
のご記入もお願いします



## 血圧異常の症状がある方へお聞きします

① 異常時の血圧の値を教えてください？

血圧の値（        /        ）

※ 普段の血圧がわかれば記載してください（        /        ）

② 血圧が高い時間帯はいつですか？ ○印をつけてください。

朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜 ・ 深夜

③ 血圧異常時に以下の自覚症状はありますか？

はい                      いいえ

↳ ふらつき ・ 頭痛 ・ 動悸 ・ 脈の乱れ（頻脈 ・ 徐脈） ・ 意識がとびそうな感覚

④ 過去に健診などで血圧異常を指摘されたことはありますか？

はい                      いいえ

⑤ 今までに血圧の薬を内服したことはありますか？

はい                      いいえ

↳ 薬剤名：（ \_\_\_\_\_ ）

⑥ 両親 ・ 兄弟 ・ 祖父母など、家系に下記の病歴の方がいますか？

はい                      いいえ

↳ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 大動脈解離 ・ 突然死

それは誰ですか？（ \_\_\_\_\_ ）

⑦ これまでに喫煙歴はありますか？

はい                      いいえ

↳ \_\_\_\_\_ 本/日      \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳      \_\_\_\_\_ 年間

⑧ お酒は飲みますか？

はい                      いいえ

↳ （種類： \_\_\_\_\_ ）をどのくらいの量（ \_\_\_\_\_ ） 頻度（ \_\_\_\_\_ ）