



おおさわ胃腸肛門内視鏡クリニック品川 内科問診票

ふりがな お名前		大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳	ご職業
住所	〒 -	自宅TEL	
		携帯TEL	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身長		cm	体重
		kg	本日の体温 °C

●本日はどうなさいましたか？

いつからですか？	月	日	時頃から
かぜ症状	<input type="checkbox"/> 熱がある	<input type="checkbox"/> ノドが痛い	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 関節が痛い	
頭・目	<input type="checkbox"/> 頭痛が続く	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
胸・からだ	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 胸の圧迫感
	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 顔や体のむくみ	<input type="checkbox"/> 体重減少
おなか	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> お腹がはる	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 便秘
	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 尿が近い	<input type="checkbox"/> 排尿時の痛み
その他	<input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された（異常項目：）		
	<input type="checkbox"/> 予防接種希望	<input type="checkbox"/> 健康診断希望	<input type="checkbox"/> AGA治療希望
	<input type="checkbox"/> ED治療希望	<input type="checkbox"/> プラセンタ注射希望	<input type="checkbox"/> にんにく注射希望
自由記入欄			

●今回の症状にたいして、どちらか病院・クリニックにかかりましたか？

- はい ⇒ 病院・クリニック名[]
- いいえ

●今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？

- はい ⇒ 高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 不整脈
- いいえ 脳卒中 肺炎 結核 性病 貧血 がん
- その他

●今までに手術の経験はありますか？

- ある ⇒ 病名：
- なし いつ頃：

●現在、飲んでいる薬はありますか？

- ある ⇒ []
- なし []
- *おくすり手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

裏面もありますので、よろしくお願ひします。

