



内科問診表
はす花こどもファミリークリニック

当院記入欄

体温 度
脈拍 回/分
血圧 / mmHg
呼吸 回/分
SpO2 %

フリガナ
患者氏名
ご住所 (初診の方のみご記入ください)

電話番号 (初診の方のみご記入ください)

年齢 歳/体重 kg

アレルギーの有無

食べ物 : 薬 :

今日の症状に✓をつけてください。
それはいつからですか。

- 発熱 :
- 咳 :
- 鼻水 :
- 下痢 :
- 便秘 :
- 嘔吐 :
- 腹痛 :
- 胸痛 :
- 動悸 :
- めまい/たちくらみ :
- 頭痛 :
- 発疹 :
- 高血圧 :
- むくみ :
- アレルギーの相談
- 心電図異常
- 尿検査異常
- その他 :

1. タバコは吸いますか？

はい (1日 本) or いいえ

2. お酒はのみますか？

「飲む」とお答えになった場合、何をどのくらいの量のみますか？

3. 入院歴や手術歴はありますか？

4. 今飲んでいるお薬はありますか？

5. ご家族に次の病気のある方がいらっしゃいましたら○をつけてください。またそれはどなたですか？

高血圧・脳卒中・糖尿病・高脂血症
心筋梗塞/狭心症・がん