

No. -

内科予診票

記入 年 月 日

曜日

(ふりがな)

住所 〒

(ふりがな)

氏名 男 女 既婚・未婚

生年月日 M. T. S. H. 年 月 日生 才

Tel - - , Fax - - ,

携帯 - - , 身長 cm、 体重 Kg

- 該当する○に V印を入れて下さい。 最近の体重 ○急に増えた ○減った ○不変
- 特質 ○特になし ○冷えがある ○アレルギー体質 ○元気がない ○精神的に不調である
- 体温 ○普通 ○体温が低い ○微熱 ○高熱
- 血圧 ○普通 ○高血圧 ○低血圧 ○不整脈 ○のぼせる
- 大便 ○普通 ○便秘気味 ○下痢気味 ○残便感 ○イボ痔 ○切れ痔
- 小便 ○普通 ○量が多い ○量が少ない ○残尿感 ○排尿異常 ○排尿痛 ○血尿 ○頻尿
- 皮膚 ○問題なし ○ジンマ疹 ○乾燥 ○湿疹 ○ニキビ ○水虫 ○アトピー ○かゆみ
- 浮腫 ○問題なし ○手むくみ ○下肢むくみ ○顔むくみ ○全身むくみ
- 胃腹 ○問題なし ○もたれる ○腹痛 ○胃痛 ○むかつき ○吐き気 ○胸焼け ○ゲップ
- 食事 ○食欲有り ○食欲減退 ○過食気味
- 睡眠 ○よく眠れる ○不眠 ○寝付きが悪い ○朝早く目覚める ○夜間覚醒する
- 疲労度 ○問題なし ○疲れやすい ○ひどい疲れ ○慢性的な疲労 ○精力減退
- 疼痛 ○問題なし ○頭痛 ○肩こり ○胸痛 ○腹痛 ○上肢 ○下肢 ○股関節 ○腰痛 ○膝痛
○足首 ○結石痛 ○首の痛み ○その他 ()
- 心肺 ○問題なし ○息切れ ○呼吸困難 ○動悸 ○心悸亢進 ○胸苦しい ○息が詰まる ○背中の圧迫
- 眼 ○問題なし ○視力減退 ○視力障害 ○眼精疲労 ○眼底出血 ○眼振 ○めまい
- 耳鼻 ○問題なし ○耳鳴り ○耳だれ ○耳痛 ○難聴 ○鼻汁 ○鼻詰 ○鼻痛 ○鼻血 ○耳詰り
○花粉症
- 口舌唇 ○問題なし ○かわく ○口臭 ○口が苦い ○白舌 ○口内痛 ○歯肉出血 ○唾液が少ない
- 咽頭 ○問題なし ○喉の渇き ○詰まる感じ ○異物感 ○扁桃腺が腫れる ○痰が詰る ○ゼイゼイ ○喘息
- 糖尿病 ○問題なし ○高血糖 ○尿糖 ○投薬治療中 ○インスリン注射
- 婦人科 ○問題なし ○生理順調 ○生理不順 ○不妊症 ○生理痛 ○おりもの有り ○乳房の腫れ

《生活習慣チェック》

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ビール 缶/日, 酒 合/日, 焼酎 | <input type="checkbox"/> 素肌の出る服をよく着ている |
| <input type="checkbox"/> タバコを吸う 本/日 年経過 中止 | <input type="checkbox"/> 風呂に入らず、シャワーで済ます |
| <input type="checkbox"/> よく食べる | <input type="checkbox"/> 外食・コンビニ・スーパーなどの出来合いものをよく食べる |
| <input type="checkbox"/> 何か有るとすぐに医者に行く | <input type="checkbox"/> 揚げ物をよく食べる |
| <input type="checkbox"/> 薬をよく飲む | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる傾向がある |
| <input type="checkbox"/> いつも何かストレスとなる原因がある | <input type="checkbox"/> 食べるものに好き嫌が多い |
| <input type="checkbox"/> 口呼吸をよくしている | <input type="checkbox"/> よく噛まない、早食いである |
| <input type="checkbox"/> 運動不足がある | <input type="checkbox"/> あまり野菜・果物を摂らない |
| <input type="checkbox"/> 塩は天然塩ではないもの（食塩）を使用している | <input type="checkbox"/> 冷たいものをよく飲む（氷の入ったジュースなど） |
| <input type="checkbox"/> 強い電磁波を発生させる製品を身の回りで使用 | <input type="checkbox"/> 足を組む癖がある、またはいつも決まった方向に |
| <input type="checkbox"/> （電気カセット、電気ファン、携帯電話、電子レンジ、IHコンロなど） | <input type="checkbox"/> 横になって寝る |
-

現在服用中の薬剤名 薬剤・サプリメント

- | | |
|---|---|
| ① | ② |
| ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ |
| ⑦ | ⑧ |
| ⑨ | ⑩ |

A

既往歴・手術歴・現病歴・家族歴

B

今日はどのような具合・症状ですか？