

《内科》診療申込書

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 女	年 月 日
住所 〒		
電話番号	自宅	携帯
学校・会社名		電話番号
薬で飲めないものはありますか？	錠剤 粉 液体	その他(具体的に)
現在または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病 腎臓病 胃潰瘍 肝臓病 糖尿病 喘息 脳梗塞 リウマチ 痛風 がん その他()		
過去にアレルギー症状が出たことはありますか？		なし あり
ありの方はあてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に)		
お酒(1日 本)	喫煙(1日 本)	
女性の方→妊娠の可能性	なし あり(未確認)	現在妊娠中(ヶ月)
授乳中ですか？	はい いいえ	
診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。	竹村 本田	
当院を何でお知りになりましたか？ インターネット・看板・広告・紹介者(名前)		
保険証の複写をとらせていただくことに同意いたします。	氏名	
マイナンバーカードの薬剤情報などの提供について同意します。	氏名	

本日の診療目的についてあてはまるものに○印を付けて下さい。

- () 今の症状について治療希望 …1番を記載ください
- () 健診後の再検査・治療 …2番を記載ください
- () 他院処方薬の希望 …3番を記載ください

1.今の症状について治療希望

・症状が出たのはいつからですか？

24時間以内 1週間以内 1～3ヶ月以内 半年以上前

・どのような症状ですか？

かぜ症状・熱感・だるさ・のどの痛み・関節の痛み・吐き気・下痢

頭痛・せき・息切れ・むかつき・鼻水・熱(度)

その他()

・今の症状について他院で治療しましたか？ した・しない

くしたとお答えの方へ 処方薬はありましたか？ あり[薬剤名] なし >

・原因を調べるため必要があれば検査を希望しますか？ する・しない

・原因改善を目的に次の治療は希望しますか？

のど処置・吸入(せき改善)・点滴(対応できない場合有)

2.健診後の再検査・治療

検査後当院での継続治療は希望されますか？ する・しない

3.他院処方薬の希望

薬剤名を記入ください。 薬手帳・薬局用紙 あり・なし(薬剤名)

頭痛問診票

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

年齢 _____ 才

該当するものに○を入れてください。

1	ズキンズキンとした痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
2	頭の片側や目の奥、こめかみなどが痛みますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
3	その頭痛は、吐き気や嘔吐を伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
4	ギュッと締め付けられるような痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
5	頭の両側や後頭部など、はちまき状に痛みますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
6	その頭痛は、肩こりやめまいを伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
7	ズドーンとした痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
8	眼の奥やこめかみ辺りにえぐられるような痛みを感じますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
9	涙が出たり、鼻づまりなどを伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
10	バットで殴られたようなガンとした衝撃的な痛みでしたか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
11	手足のしびれ、物が見えにくい、言葉が出てこないことはありますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
12	もの忘れがひどくなったと感じますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
13	MRI検査を希望しますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
MRI検査は、頭痛が重篤な病気(脳梗塞や脳腫瘍など)によるものかどうかを見極めるために有用な精密検査です。検査は、提携先医療機関 AIC八重洲クリニック が担当します。		