

内科問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ	性	生年月日
氏名	男 女	大・昭・平 年 月 日 (才)
住所 〒	職業	
電話番号 <自宅>	<携帯>	
E-mail	@	(PC/携帯)

1) どのような症状がありますか。

[]

2) その症状はいつごろから始まりましたか。

[]

3) 現在の状態を教えてください。

身長	cm	体重	kg	熱	℃
食欲	[よい ・ 普通 ・ 不良]	睡眠	[よい ・ 普通 ・ 不良]		
便通	[よい ・ 下痢 ・ 便秘]	生理	[順調 ・ 不順 ・ 無]		

4) 現在治療中の病気はありますか。 なし あり

①高血圧 ②高脂血症 ③糖尿病 ④腎臓病 ⑤痛風 (尿酸値が高い)
 ⑥脳こうそく ⑦不整脈 ⑧ぜんそく ⑨緑内障 ⑩関節リウマチ
 ⑪その他 []

5) 他院での投薬はありますか。(お薬手帳があればお出し下さい。)

[いいえ ・ はい (内容) _____]

6) 薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか。

[なし ・ あり _____]

7) 今までに大きな病気にかかったことがありますか。

[なし ・ あり] 病名 ① _____ (才頃) ② _____ (才頃)
 ③ _____ (才頃) ④ _____ (才頃)

8) 嗜好品について書いて下さい。

タバコ [吸わない・吸う _____ 本/日]
 酒 [飲まない・飲む _____ を _____ 本(合)/日]

9) 父母兄弟で、次の病気の方がおられますか (○で囲んで下さい)。

①心臓病 ②脳梗塞・脳出血 ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症 ⑥癌 ⑦肝臓病 ⑧結核 ⑨
 その他 ()

10) 女性の方へ (男性の方は記入不要です)。

妊娠している可能性は? [なし ・ あり]
 授乳をされていますか? [いいえ ・ あり]

※ご記入ありがとうございました。受付までご提示ください。