

## 内科 問診票

ふりがな	生年月日		
氏名	大正	昭和	平成
	年	月	日生 歳
住所			
電話番号	身長	cm	体重 kg
最近の体重減少 (あり・なし)	kg/		カ月

●受診の目的 (以下のあてはまる症状にチェックをつけて下さい)

- いつから ( )
- 胸痛 息苦しさ 動悸 血圧が高い めまい ふらつく 食欲がない  
発熱 (最高 °C) (来院前 °C) 頭痛 咳 痰 (色: ) 喉の痛み  
鼻水 関節の痛み 倦怠感 味覚・嗅覚障害 胃痛 腹痛 吐き気 嘔吐  
下痢 便秘 その他 ( )

●現在治療中の病気 なし あり

- 高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病 腎臓病 痛風 脳疾患 喘息 甲状腺  
アレルギー疾患 緑内障 その他 ( )

●現在飲んでいるお薬 なし あり ※お薬手帳をご持参ください。

お薬手帳、または診療情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付でお出し下さい。

[ ]

●薬物アレルギー (薬剤、食物に対するアレルギーが今までありましたか。) なし あり

[ ]

●入院歴、手術歴はありますか。

- なし あり いつ ( 歳頃) 病名 ( )

●嗜好品 ・アルコール 飲まない 飲む (毎日 ・ 日/週)

(日本酒 /日 ・ 焼酎 /日 ・ ビール /日 ・ ワイン /日)

・タバコ 吸わない 吸う ( 歳頃から 本/日 ・ 年間)

●女性の方にお伺いいたします。

- ・妊娠の有無 なし あり ( ヶ月) ・授乳中ですか いいえ はい

●来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)

- 知人や友人の紹介 家族が通院中 近所 (通りがかり) 電話帳 消防標識 (看板)  
インターネット (PC・スマホ) ホームページ 他院からの紹介 ( )  
その他 ( )