

内科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 痛い（頭 のど 胸 おなか 背中 その他（ ））
熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ 心臓が気になる
胃が痛い 胃がもたれる 胃が重い 便に血が混じる 便秘 下痢 食欲低下
尿に血が混じる 尿が近い 排尿時に痛みがある むくみ めまい・ふらつき 不眠
皮膚のかゆみ 血圧が気になる 健康診断希望 その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？（ ）

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり（ ）

現在、治療中の病気はありますか？

- なし あり（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

- 喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）
禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

- 飲酒：飲まない 飲む（週 日）種類・量（ ）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。