

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？

- 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？ 約()日・週間・ヶ月・年前から

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(市販薬やサプリメント含む)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()

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)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)

※ご協力ありがとうございました