

問診票（内科）

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日
年齢（ _____ ）歳
身長 _____ cm 体重 _____ kg
住所：
電話番号（ _____ ）

問診項目

1. どのような症状ですか？（○をつけてください。複数可）

のどが痛い 咳が出る 頭が痛い 鼻水が出る 吐き気がある

息苦しい 食欲がない 動悸がする 胃が痛い

腹痛（ _____ ）どの辺りですか（ _____ ）

2. 症状はいつからですか？ _____

3. 今日の症状で当院以外の医療機関を受診しましたか？

はい（医療機関名： _____ ） ・ いいえ

4. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 悪性腫瘍 精神疾患（ _____ ）

脳梗塞 脳出血 肝臓病 腎臓病 その他（ _____ ）

感染症（ _____ 結核 B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 他 _____ ）

5. アレルギーや副反応の経験はありますか？

※お薬手帳があればご提出ください

はい（ _____ ） ・ いいえ

6. 喫煙の習慣はありますか？ はい（ _____ 本・1日 × _____ 年） ・ いいえ（禁煙歴 _____ 年）

7. 飲酒の頻度： 毎日飲む ・ 時々飲む ・ ほとんど飲まない ・ 全く飲まない

8. 女性の方へ・・・現在、妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。