

内科問診票

当院では事故防止・安全確保のため、氏名での呼び出しを行っていますが、望まれない方は
にを入れて下さい。

年 月 日

ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 () 歳
身長	cm	体重	kg	

※ 以下の該当する項目にを入れ、必要項目を記入して下さい。

1. 紹介状はお持ちですか はい いいえ
 2. どうされましたか

<input type="checkbox"/> 熱がある	最高 () °C	月	日から
<input type="checkbox"/> 咽頭痛		月	日から
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり		月	日から
<input type="checkbox"/> 頭痛		月	日から
<input type="checkbox"/> 咳		月	日から
<input type="checkbox"/> 息苦しい		月	日から
<input type="checkbox"/> 喘鳴 (ぜいぜいする)		月	日から
<input type="checkbox"/> 胸痛		月	日から
<input type="checkbox"/> 動悸		月	日から
<input type="checkbox"/> 腹痛	へそ周囲・下腹部	月	日から
<input type="checkbox"/> 胃痛	黒色便 有・無	月	日から
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	1日 回ぐらい	月	日から
<input type="checkbox"/> 下痢	1日 回ぐらい	月	日から
<input type="checkbox"/> 便秘		月	日から
<input type="checkbox"/> 関節が痛い		月	日から
<input type="checkbox"/> むくみがある	右・左 上肢・下肢 その他 ()	月	日から
<input type="checkbox"/> 発疹がある		月	日から
<input type="checkbox"/> 血圧が	高い・低い	月	日から
<input type="checkbox"/> 貧血		月	日から
<input type="checkbox"/> 尿検査をして	タンパク・糖・血液 が出ていると言われた	月	日から
<input type="checkbox"/> 血液検査をして	コレステロール・中性脂肪・血糖 が高いと言われた	月	日から
<input type="checkbox"/> その他 ()			

医療機関記入欄

来院時体温	. °C	血圧	/	脈拍
-------	------	----	---	----

3. 前ページ2の症状で医療機関を受診されましたか？ いいえ はい
 現在、その症状で薬を飲んでいますか？
 はい (薬の名前：)
 いいえ
4. これまでにお薬を使用してアレルギー症状が出たことがありますか？
 ない
 ある
 (ピリン、消炎鎮痛剤、抗生物質・抗菌薬、造影剤、局所麻酔薬)
 (薬の名前：) (症状：)
5. これまでに食べ物や飲み物でアレルギーが起きたことはありますか？
 ない
 ある (食品名：) (症状：)
6. 今までにかかったことのある病気はありますか？
 ない
 ある (病名：) (いつ頃：)
 (病名：) (いつ頃：)
7. 過去に手術を受けたことがありますか？ ある (手術名：)
 (いつ頃：)
 ない
8. ふだん飲んでいる薬があれば記入して下さい
 当院処方分のみ 当院+他院 お薬手帳持参 (あり・なし)
 (薬の名前：)
9. たばこは吸いますか？ はい (本/日) (歳～ 歳) (年間)
 いいえ 禁煙した (年前から)
10. お酒は飲みますか？ はい 1日に飲む量

ビール	ml
日本酒	合
焼酎	ml
その他	

 () 回/週
 いいえ
 禁酒した (年前から)
11. 女性の方のみご記入ください
 妊娠中ですか？ はい いいえ 可能性がある
 月経は順調ですか？ はい いいえ 最終月経 (月 日～ 日間)
12. 家族ならびに親戚の方で以下の病気にかかったことがある場合にはそれに○印をつけて下さい
 高血圧・糖尿病・痛風・結核・腎臓病・肝臓病・脳卒中・心筋梗塞・狭心症・がん
 その他 ()

ご記入ありがとうございました。窓口にお出し下さい。