

問診票 (内科系)

体温:()℃

フリガナ			○をつけて下さい 男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日()歳	
住所	〒		
	Tel:[自宅] ()	[携帯] ()	
勤務先	Tel: ()		

※診察を円滑に行うため、以下の質問に可能な範囲でご記入ください※

●診察希望の科目に○をしてください。

内科	腎臓内科	糖尿病内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	腎臓外科	泌尿器科
----	------	-------	-------	-------	-------	------	------

●どのような症状ですか？ あてはまる症状に○をつけてください。

〔風邪症状〕 喉の痛み 発熱 鼻水/鼻づまり 頭痛 関節痛 倦怠感

〔腹部症状〕 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 食欲不振 血便 便秘

〔胸部症状〕 胸痛 動悸 胸部圧迫感 脈が早い 脈が乱れる

〔呼吸器症状〕 息苦しい 息切れ 喘鳴 咳 痰

〔泌尿器症状〕 頻尿 排尿時痛 残尿感 尿漏れ 尿が出にくい 血尿 尿潜血 背部痛

健診で指摘された _____ その他 _____

●いつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

●現在、他の病院・診療所に通院されていますか？

なし あり 病院名: _____ 病名: _____ ※紹介状 あり なし

●ご家族に同様の病気の方はいますか？ なし あり 誰に: _____

●今までに治療を受けたことのある病気や、治療中の病気があれば○をつけ、いつ頃かを()にご記入ください。

喘息()歳頃) 肺炎()歳頃) 高血圧()歳頃) 腎臓病()歳頃)

糖尿病()歳頃) 心臓病()歳頃) 脳卒中()歳頃)

その他(病名: _____ 歳頃)

●今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: _____ いつ頃: _____

●現在服用している薬はありますか？ なし あり 薬品名: _____

●アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

薬品: なし あり() 食べ物: なし あり() その他()

●たばこ 吸わない 吸う(1日 _____ 本、約 _____ 年間) 過去に吸っていた

アルコール 飲まない 飲む(種類: _____、 _____ 杯、毎日 時々 月2~3回

●女性の方へ 妊娠している可能性は？ なし あり