

内科問診票

平成 年 月 日

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日(明治・大正・昭和・平成)	年	月	日	歳
住所(〒 -)				
電話番号	() -	緊急連絡先	() -	

※ 体温 (°C)

- ◆いつ頃から ()
- ・症状に○を付けてください
 - ・熱がある ・喉が痛い ・鼻みず/鼻づまり ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛
 - ・頭痛が続く ・めまいがする
 - ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・胸の圧迫感 ・顔や体のむくみが気になる
 - ・腹痛 ・お腹がはる ・下痢 ・吐き気 ・食欲がない ・便秘
 - ・健診で異常を指摘された ()
 - ・他院での治療を当院で継続希望

- ◆今回と同じ症状で他の病院を受診されましたか いいえ ・ はい
- はいの方は いつ _____ 病院名 ()

- ◆現在、通院中の医療機関はありますか ない ・ ある
- ◆現在飲んでいる薬はありますか ない ・ ある ※薬手帳を医師にお見せ下さい
- ◆今までにかかった、または現治療中の病気はありますか はい ・ いいえ
- ・高血圧 ・糖尿病 ・心疾患 ・脳卒中 ・肺 ・肝 ・胃 ・脾 ・胆のう

- ◆今までに大きな病気をしたことがありますか(手術を含めて) ない ・ ある
- (病名 _____ 歳 治療内容 _____)

- ◆現在、サプリメントなど健康食品をのんでいますか ない ・ ある

- ◆アレルギーはありますか
- 薬物 ない ・ ある (薬品名 _____)
- 食物 ない ・ ある (食物名 _____)

- ★女性のみ 現在 (月経中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

- 当院をどのように知りましたか？
- インターネット・広告・看板・紹介(家族・知人・他医院)・近所・通りがかり・その他 ()
- ホームページはご覧になりましたか？ はい ・ いいえ