内科問診票

ふりがな	生年月日	性別
お名前	T / S / H / R　　年　　月　　日	男・女
住所　〒		
連絡先電話番号　　（　　）	身長　　cm　体重　　kg	

診察の時の参考になりますので、次の質問にお答えください。　診療以外の目的に使用する事はありません。

1．本日はどうなさいましたか？（当てはまる症状に✓をつけてください　複数可）

□発熱　□せき　□のどの痛み　□たん　□鼻水　□関節の痛み
□食欲がない　□下痢　□便秘　□吐き気　□頭痛　□腹痛
□胸やけ　□不眠　□血圧が高い　□尿もれ　□頻尿　□尿がでにくい
□めまい　□動悸　□息切れ　□腰痛　□しっ疹
□健診で要精査　□他院からのご紹介　□その他（　　）

2．その症状はいつからですか？

健診や紹介の方は無記入で構いません。

□ 今日　□ 昨日　の＿＿＿時くらいから　□（　　）日前から　□その他（　　から）

3．今回受診する前に何か治療を受けましたか？

□いいえ
□市販の薬を飲んだ　（薬剤名：　　）
□ほかの診療所で処方された薬を飲んだ（薬剤名：　　）
□その他（　　）

4．治療中の病気があれば✓してください、いままでに入院や手術はしたことがありますか？

□なし　□高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□腎臓病　□肝臓病　□脳卒中　□痛風
□心臓病　□ぜんそく　□前立腺肥大　□緑内障　□リウマチ　□その他（　　）
□入院（いつごろ：　　病名：　　手術：□あり　□なし）

5．現在、常用しているお薬はありますか？

□いいえ
□はい　⇒　お薬手帳お持ちの方はご提出ください、ない方はわかる範囲でご記入ください
（薬剤名：　　）

6．以下の質問にお答えください

- 食べ物や薬、その他アレルギーはありますか？　□なし　□あり（　　）
- お酒は飲みますか？　□飲まない　□たまに飲む　□ほとんど毎日
  ⇒１回の量は？（例：缶ビール 350ml １本）　（　　）
- タバコは吸いますか？　□吸わない　□吸う　□禁煙した
  （１日　　本　、　　歳から　　歳まで）
- （女性の方）現在妊娠中ですか？　□はい　□いいえ　□不明
  現在授乳中ですか？　□はい　□いいえ
- ご家族（血のつながった方）で以下の病気がありますか？
  □がん　□心臓病　□糖尿病　□高血圧　□脳卒中

●医師にお伝えしたいこと、検査の希望など

（　　）

ご協力いただきありがとうございました。ご不明な点などございましたら受付までお声がけください。