

内科問診票

フリガナ		年齢	才	性別	男性・女性	体温	度
氏名		生年月日	明・大正・昭・平 月 日	身長	cm	体重	kg
住所	〒			電話番号			

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃からですか？

昨日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から その他 ()

どのような症状ですか？

頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 熱
 胸が痛い 息苦しい 脈が飛ぶ 動悸 めまい
 お腹が痛い 胃が痛い 下痢 便秘 吐き気・嘔吐
 その他の症状 ()
 健康診断結果の再検査、相談 ()

2. この症状で、検査や治療を受けていますか？

いいえ はい ()

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか？

喘息 高血圧 心臓病 コレステロール異常 肝臓病 じん臓病
 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 白内障 その他 ()

4. 今までに入院した病気やけが、手術がありましたらご記入してください。

5. 現在、他の病院にかかっていますか？

いいえ はい ()

6. 現在内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不快など）を起こしたことがありますか？

いいえ はい (卵・牛乳・青魚・花粉・その他)

8. 日常生活について、お答えください。

タバコについて

吸わない 吸っていた 吸っている 1日()本 ()年間くらい

アルコールについて

飲まない 毎日 週()回 月()回

9. 女性の方のみお答えください。

アルコールの種類：

妊娠中ですか？ いいえ 可能性あり はい

授乳中ですか？ いいえ はい

10. 車やバイクを運転されますか？

いいえ はい

高所での作業をされますか？

いいえ はい

11. 領収書の明細発行は必要でしょうか？

いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。