内科問診票

記入日:　年　月　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　年　月　日
氏名			
住所	〒　ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？

□痛い(□頭　□のど　□胸　□おなか　□背中　□その他(　　))
□熱　□鼻水・鼻づまり　□咳・たん　□吐き気　□胸やけ　□動悸・息切れ　□心臓が気になる
□胃が痛い　□胃がもたれる　□胃が重い　□便に血が混じる　□便秘　□下痢　□食欲低下
□尿に血が混じる　□尿が近い　□排尿時に痛みがある　□むくみ　□めまい・ふらつき　□不眠
□皮膚のかゆみ　□血圧が気になる　□健康診断希望　□その他(　　)

症状はいつ頃からありますか？　約(　　)日・週間・ヶ月・年前から

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり(　　)

現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□あり(　　)

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか？
□なし　□あり(　　)

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙:□吸わない　□吸う(　本/日 ×　年間)
　　□禁煙した(　年前から。それまで喫煙(　本/日 ×　年間))
飲酒:□飲まない　□飲む(週　日)　種類・量(　　)

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？
□なし　□あり(　　)

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい(□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□その他(　　)

※ご協力ありがとうございました。