

内科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	性	生 年 月 日
氏 名	男 女	大・昭・平・令 年 月 日(才)
住 所 〒	職 業	
電話番号 〈自宅〉	〈携帯〉	
E-mail	@	(PC/携帯)

1) どのような症状がありますか。

[_____]

2) その症状はいつごろから始まりましたか。

[_____]

3) 現在の状態を教えてください。

身 長 _____ cm 体 重 _____ kg

食 欲 [よい・普通・不良] 睡 眠 [よい・普通・不良]

便 通 [よい・下痢・便秘] 生 理 [順調・不順・無]

4) 他院での投薬はありますか。(お薬手帳があればお出し下さい。)

[いいえ・はい (内容) _____]

5) 薬や食べ物などでアレルギーをおこしたことがありますか。

[なし・あり _____]

6) 今までに大きな病気にかかったことがありますか。

[なし・あり] 病名 ① _____ (才頃) ② _____ (才頃)
③ _____ (才頃) ④ _____ (才頃)

7) 嗜好品について書いて下さい。

タバコ [吸わない・吸う _____ 本/日]

酒 [飲まない・飲む _____ を _____ 本(合)/日]

8) 父母兄弟で、次の病気の方がおられますか(○で囲んで下さい)。

①心臓病 ②脳梗塞・脳出血 ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症 ⑥癌
⑦肝臓病 ⑧結核 ⑨その他(_____)

9) 女性の方へ(男性の方は記入不要です)。

妊娠している可能性は? [なし・あり]

授乳をされていますか? [いいえ・はい]

ご協力ありがとうございました。