

内科問診票

ふりがな		ご住所	(〒 -)
お名前	男		
	女		
年齢	(歳)		
生年月日	年 月 日	職業	
携帯電話	()	電話	()
身長 cm	体重 kg	熱	℃

1、いつごろから悪くなりましたか？
2、どのようにわるいのですか？
3、現在の症状を他の病院でみてもらったことがありますか？ ・ある(病院) ・ない
4、現在、お薬を飲んでいますか？お薬手帳を受付にご提出ください。(お持ちでしたら記載不要です) ・飲んでいる(薬名:) ・飲んでいない
5、今までに風邪以外で大きな病気にかかったことがありますか？(既往歴・入院歴・手術歴等記載ください。) ・ある(年 月頃)(病名) (年 月頃)(病名) (年 月頃)(病名) ・ない
6、今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ ・ある(詳細:) ・ない
7、喘息になったことがありますか？ ・ある ・ない
8、血縁者に下記の病気にかかった事のある人がいますか？あればどなたですか？ 心臓病() 高血圧() 肝炎() 結核() 糖尿病() その他()
9、煙草: 吸う(本/日) ・吸わない お酒: 飲む(週 回 ビール ml/回 ・ 日本酒 ml/回 ・ 洋酒 ml/回) 飲まない
10、ここ3か月の間に海外に行きましたか？ はい(場所) ・ いいえ
11、女性の方にお伺いします。 現在: 妊娠中(月) ・ 妊娠可能性あり ・ 妊活中 ・ 授乳中 ・ 該当なし
12、その他何かあればご記入ください。