

内科問診票

住所 〒 TEL 職業

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日 T.S.H 年 月 日生 (才)

身長 cm 体重 Kg

下記の質問に○をつけてお答え下さい。

1. 本日はどうなさいましたか。

診察 禁煙治療 健康診断 その他 ()

健康診断結果再検査 (健診結果書類をお持ちですか? はい いいえ)

予防接種 (インフルエンザ 肺炎球菌 その他 ())

2. 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。 本日 () 時頃から 1・2・3日前から 1週間前から 1ヶ月前から

どのような症状ですか。

頭痛 せき たん 鼻水 のどの痛み 発熱 (°C) お腹が痛い 食欲がない下痢 便秘

吐き気 嘔吐 めまい 体がだるい

その他 ()

3. 一か月以内に海外渡航歴はありますか。 (いいえ はい)

※「はい」の場合は、国名と日付けをお書き下さい。()

4. この症状で、検査や治療を受けていますか。 (いいえ はい)

※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書き下さい。

()

5. 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 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障

その他 ()

6. 現在、治療中の病気がありますか。 (いいえ はい)

※「はい」の場合は、ご記入下さい。病名: 病院名:

7. 現在、内服している薬が有る場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬: ある ない

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

薬のアレルギー (いいえ はい) 薬剤名: 症状:

食べ物のアレルギー (いいえ はい) 薬剤名: 症状:

9. 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1) 2) にお答え下さい。

1) 1日に () 本くらい 2) () 年間くらい

アルコールについて 飲まない 飲む 毎日 週 () 日 月 () 日

10. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか。 (いいえ はい 可能性あり) 授乳中ですか (いいえ はい)

閉経されていますか (いいえ はい)

ご記入ありがとうございました。受付までご提出下さい。