

内科問診票

記入日： 年 月 日

本日はどうされましたか？

- 熱がある _____℃
- 頭痛 めまい
- 腹痛 気持ちが悪い
- 下痢 その他 ()
- 喉の痛み 咳・痰
- 鼻水・鼻づまり 動悸・息切れ
- 体がだるい 血便

いつ頃から症状がありましたか？

年 月 日頃から

今現在治療中の病気または過去にかかった病気はありますか？

- なし
- ある ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓疾患
- 脂質代謝異常 痛風 脳梗塞/脳出血
- 花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎
- 癌 その他 ()

ご家族（血縁の方）に病気の方がいますか？

- なし
- いる ⇒ 高血圧 糖尿病 脂質異常 心臓病 喘息 脳卒中 癌
- その他 ()

現在飲んでいるお薬はありますか？

- なし
- ある ⇒ お薬手帳はお持ちですか？
- ※お持ちではない場合はご記入下さい
- 薬 ()

お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- なし ある ⇒ ()

※女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目

授乳中ですか？ いいえ はい

※整形外科を受診されている方は記入不要です。

フリガナ		男・女	生年月日 () 歳
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所			
電話番号	(自宅)	(携帯)	