

内科 問診票

平成 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 月 日

現住所 〒 _____

携帯電話 (_____) 電話 (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 平熱 _____ °C (来院時 _____ °C)

1. どのような症状で来院されましたか？○をつけてください。

熱・咳・鼻水・たん・下痢・吐き気・嘔吐・動悸・関節痛・頭痛・胸やけ・息切れ
湿疹・腹痛・胸痛・めまい その他 _____

検査希望：胃カメラ・大腸カメラ・CT・超音波・血液検査 その他 _____

2. その症状はいつ頃からですか？ (_____ 月 _____ 日頃～)

3. そのために既にどこかで診察を受けましたか？

はい (いつ _____ 病名 _____) ・いいえ

4. そのために市販の薬は飲んでいますか？

はい (_____) ・いいえ

5. 今までにかかった病気または輸血について○で囲み、記入してください。

喘息 _____ 歳 結核 _____ 歳 糖尿病 _____ 歳 高血圧 _____ 歳 脂質異常症 _____ 歳

心臓病 _____ 歳 がん _____ 歳 輸血 _____ 歳 手術 _____ 歳 (_____)

6. 5.で当てはまった方：飲んでいる薬はありますか？

あり (_____) ・なし

7. 日常生活についてお答えください。または○をつけてください。

食欲：ある・ない 飲酒：飲む・飲まない 睡眠：眠れる・眠れない

たばこ：吸う・吸わない 便秘： _____ 日に _____ 回ある 排尿：少・普通・多

アレルギー：ある・ない (_____ 薬 _____ 食品 _____ その他 _____)

8. 妊娠していますか？：している (_____ ヶ月) ・していない

9. 女性の方：最終月経を教えてください。最終月経 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

10. 家族歴を教えてください。(例：父 母 兄 祖父 等)

11. 高血圧 _____ 心臓病 _____ 脳梗塞 _____
糖尿病 _____ 喘息 _____ がん _____ (部位 _____)

12. このクリニックは何でお知りになりましたか？ (○でお囲みください)

1. ホームページ 2. 会社が近隣 3. 自宅が近隣 3. パンフレット 4. 紹介
5. 郵便局(ニュー新橋・みゆき通り) 6. その他(_____)