

# 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( \_\_\_\_\_ )