

## 内科問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 A B O AB (Rh + - ) 不明 輸血歴(なし・あり)

アレルギー なし・あり ( \_\_\_\_\_ ) 喘息 なし・あり

住所 ☎ \_\_\_\_\_ 職業 / 学年 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

○受診の目的を教えてください

内科の診察 ワクチン アレルギー検査 健康診断で異常を指摘された その他 ( \_\_\_\_\_ )

○本日はどのような症状ですか? 体温 \_\_\_\_\_ °C

○いつからですか?

○3週間以内に渡航歴はありますか? なし・あり( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで 国: \_\_\_\_\_ )

○今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか?

いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

○既往歴 (今までにかかった病気や手術はありますか) 例 15歳 虫垂炎 手術

○現在治療中の病気 (なし、あり)

高血圧 高脂血症 糖尿病 腎機能 尿酸値が高い 脳梗塞 不整脈 緑内障  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

家族歴 ( \_\_\_\_\_ ) に父、母、兄弟など記入してください

癌 ( \_\_\_\_\_ ) 高血圧 ( \_\_\_\_\_ ) 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

タバコ (吸わない、吸う \_\_\_\_\_ 本/日x \_\_\_\_\_ 年間、禁煙した \_\_\_\_\_ 年前から)

お酒 (飲まない、飲む ビール、ワイン、日本酒、焼酎、その他 \_\_\_\_\_ 、週に \_\_\_\_\_ 日)

運動 ( \_\_\_\_\_ 週に \_\_\_\_\_ 回)

○女性の方へ

妊娠中ですか? またはその可能性はありますか? なし・あり ( \_\_\_\_\_ 週)

授乳中ですか? はい・いいえ

裏面へ続きます→

現在服用中のお薬やサプリメントがありましたらお知らせ下さい

どうやって当院を知りましたか？

HP

インターネット検索

近隣にお勤め

近隣にお住まい

その他( )

友人、知人の紹介( )