

内科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日・年齢
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 歳

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください

痛い（☐頭 ☐のど ☐胸 ☐お腹 ☐背中 ☐その他（ ）

☐熱（体温： ℃） ☐鼻水（ 色・鼻詰まり） ☐咳・痰（ 色）☐吐き気 ☐胸やけ

☐動悸・息切れ ☐心臓が気になる ☐胃が痛い ☐胃がもたれる ☐胃が重い ☐便に血が混じる

☐便秘 ☐下痢 ☐食欲低下 ☐尿に血が混じる ☐尿が近い ☐排尿時に痛みがある ☐むくみ

☐めまい・ふらつき ☐不眠 ☐皮膚のかゆみ ☐血圧が気になる ☐健康診断希望

その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？（ ）

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり（ ）

現在、治療中の病気はありますか？

なし あり（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。