

内科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女

住所 〒

電話番号: (携帯) (自宅)

1. 今日どのような症状でご来院されましたか? (当てはまる項目を○で囲って下さい)

いつからですか? () 頃から

本日の体温 (°C) ※ 高熱の方、最近海外から帰国されましたか?
いいえ ・ はい [いつ ・ どこから]

発熱 ・ のどの痛み ・ 鼻汁 ・ くしゃみ ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ だるさ
腹痛 ・ 胃痛 ・ 吐気 ・ 嘔吐 ・ 便の異常 (下痢・便秘)

その他 (めまい・発疹など)

<その他> 検査の相談 (心電図・エコーなど) ・ にんにく注射

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか?

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 胃潰瘍
肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 気管支喘息 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 貧血 ・ その他 ()
→ 現在治療されていますか? している ・ していない

3. 今までに、手術をされた事がありますか?

いいえ ・ はい → 病名 ()

4. お薬でアレルギーが出たことはありますか?

ない ・ ある → どのようなものでどのような症状ですか?
・ お薬 (種類;) で () 症状 (例) 皮疹・下痢など

5. 食べ物など(お薬以外)でアレルギーが出たことはありますか?

ない ・ ある → どのようなものでどのような症状ですか?
・ 食べ物、その他 (種類;) で () 症状

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

妊娠中の方、現在 (週) / 授乳中ですか? はい ・ いいえ

7. 当院を知ったきっかけは何ですか? ()