

## 内科問診票

|                 |                              |           |         |
|-----------------|------------------------------|-----------|---------|
| ふりがな<br>お名前     | 生年月日<br>T/S/H 年 月 日<br>( ) 歳 | 性別<br>男・女 | 体温<br>℃ |
| 住所 〒 —<br>ああああa |                              |           |         |
| 電話番号            |                              | 携帯電話      |         |

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- ☐ 発熱 ☐ のどの痛み ☐ せき ☐ たん ☐ 鼻水 ☐ 関節の痛み  
☐ 頭痛  
☐ 腹痛 ☐ 吐き気 ☐ おうと ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 食欲がない  
☐ 腰痛 ☐ 息苦しい ☐ からだがだるい ☐ めまい ☐ ふらつく  
☐ 血圧が高い ( mmHg)  
☐ その他

● 現在治療中の病気 ☐ なし ☐ あり

- ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病 ☐ 痛風（尿酸値が高い）  
☐ 脳こうそく ☐ 不整脈 ☐ ぜんそく ☐ 緑内障 ☐ 関節リウマチ  
☐ その他

● 今、飲んでいるお薬 ☐ なし ☐ あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり

● 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり

・いつ

・病名

・病院名

● 生活習慣について

- ・お酒 ☐ 飲む ☐ 飲まない  
・たばこ ☐ 吸う（1日 本 年間） ☐ 吸わない ☐ 禁煙した（ 年前から）

● 女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無 ☐ なし ☐ あり      ・授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい