

内科問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 00 年 00 月 00 日 () 歳	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	体温 ℃
住所 〒 000 - 0000			
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