

## 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