内科問診票

フリガナ

氏名　　生年月日 明・大 昭・平　　年　　月　　日　　受診日

住所　　連絡先　　緊急連絡先

体温(　　.　　℃)

《下記の質問にお答えください》

1．どのような症状でお困りですか？（該当するものに○をつけてください）

	頭痛		鼻水		吐き気		発疹		健康診断再検査
	発熱		息苦しい		腹痛		体がだるい		
	咳		のどの痛み		下痢		胸痛		
	その他の症状【　　】								

2．それはいつ頃からですか？今日(　　時頃～)・昨日・２日前・３日前・１週間・その他(　　)

3．検査など何か希望がありますか？　いいえ・はい（ご希望　　）

4．最近外国へ旅行しましたか？　いいえ・はい（渡航先　　）

5．今までに次にあげる病気にかかったことはありますか？（該当するものに○をつけてください）

	糖尿病		心臓病		腎臓病		肝臓病		高血圧
	脳卒中		喘息		肺炎		胆石		尿路結石
	胃炎		胃潰瘍		十二指腸潰瘍		膵臓の病気		前立腺肥大
	虫垂炎（盲腸）		痔		貧血		痛風		肺結核
	甲状腺疾患		目・耳の病気		緑内障		リウマチ		皮膚疾患
	その他の病気【　　】								

6．現在治療中の病気がありますか？　いいえ・はい

病院名	病名		病院名	病名

7．入院をしたことはありますか？　いいえ・はい（病院名　　病名　　）

8．手術を受けたことがありますか？　いいえ・はい（病名　　年　　月）

9．輸血を受けたことがありますか？　いいえ・はい（病名　　年　　月）

10．薬物アレルギーはありますか？　いいえ・はい（薬名　　年　　月）

11．よく飲む薬がありますか？　いいえ・はい（　　）

12．タバコを吸いますか？　いいえ・はい（１日　　本　　歳から）

13．酒類を飲みますか？　いいえ・はい　（　毎日　・　週　　日　・　月　　日　）

（種類：　　量：　　）

14．女性の方のみお答えください

妊娠していますか？	いいえ	最終月経　　年　　月　　日～　　日間
	不明	
	はい	現在　妊娠　　ヵ月・　　週
授乳中ですか？	いいえ　・　はい	