

内科問診票

ID _____

受診日 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日: 年 月 日 歳

住所 〒 _____

電話番号 _____ 体温 _____ °C

- 具合の悪いところを具体的に記入してください。
どこが悪いですか? ()
いつからですか? ()
どのような状態ですか? ()

- 今までに大きな病気、または入院・手術の経験がありますか?
なし・あり: いつ頃ですか・病名は
()

- ご家族に以下の病気の方がいらっしゃいますか?当てはまるものを○で
囲ってください。

高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 癌 精神病 喘息

- アレルギーについて
薬のアレルギーはありますか?
(なし・あり: 具体的に)
食べ物のアレルギーはありますか?
(なし・あり: 具体的に)
その他 ()

- 常用薬がありましたら記載してください。
()

- 嗜好品について
アルコール1日 (ビール 本、日本酒 合、洋酒)
煙草1日 (本)
コーヒー1日 (杯)

- 女性の方は、現在、妊娠の可能性の有無をお答えください。

なし・あり: 最終生理 年 月 日 (順・不順)

- 他医院からの紹介状はありますか? (なし・あり)