

内科問診票

体温 °C

ふりがな		性別	男 / 女
お名前		生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒	電話番号	() -
		携帯番号	() -
■身長	cm	■体重	kg
本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？丸をつけてください。			
動悸 息苦しい 胸が痛む 脈が速い・遅い 血圧が高い・低い 息切れ むくみ 頭痛 発熱 咳・痰 鼻水 鼻づまり 血糖値 動脈硬化 コレステロール 甲状腺 高脂血症 手がしびれる お腹が痛い 便が出ない 健康診断で異常あり 自由診療 他病院からの紹介 その他：			
上記のことで他の病院にかかっていますか？			
いいえ・はい(医療機関名)			
症状はいつ頃からですか？			
現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？			
いいえ・はい(病名)			
現在服用中のお薬はありますか？			
いいえ・はい(薬名)			
ご家族に下記病気にかかった方はいらっしゃいますか？			
がん() 脳卒中() 心臓の病気()			
今までに手術を受けたことはありますか？			
いいえ・はい(名)			
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？			
いいえ・はい(名)			
たばこを吸っていたことがありますか？			
いいえ・はい(1日 本/ 歳～ 歳)/やめた(年前/ カ月前)			
女性の方のみお答えください。			
現在妊娠中ですか？ いいえ・不明・はい(週目)			
授乳中ですか？ いいえ・はい			
その他、気になることがございましたらご記入ください。			