

内科問診票

体温 ℃

ふりがな		性別	男 / 女
お名前		生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒 ー	電話番号	ー ー
		携帯番号	ー ー
ご職業	■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。			
発熱 咳 痰 鼻水・鼻づまり のどの痛み 息苦しい 頭痛 腹痛 吐き気・嘔吐 便秘 下痢 胸痛 動悸 血圧が高い むくみ 体重が減った・増えた 手・足のしびれ 健康診断・人間ドックで異常あり 今までの治療継続希望（紹介状あり・なし） 自由診療希望 その他（ ）			
症状はいつ頃からですか？			
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)			
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()			
薬や食べ物のアレルギーはありますか？			
いいえ・はい(名前)			
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)			
女性の方のみお答えください。			
現在妊娠中ですか？ いいえ・妊娠の疑いあり・はい(週目)			
授乳中ですか？ いいえ・はい			
本日受診されたきっかけを教えてください。			
近所だから 知人や近所での評判を聞いて ホームページをみて 新聞チラシをみて 看板をみて SNSで知って 病院・医院からの紹介 知人からの紹介（知人のお名前 ） 当院でコロナワクチンをうった その他（ ）			
その他、気になることがございましたらご記入ください。			