

内科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男 ・ 女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

※初診の方は血圧も測定し、問診票と一緒に受付にお持ちください。

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

_____年 _____月 _____日から

症状

<input type="checkbox"/> 風邪症状	※具体的に記入願います
<input type="checkbox"/> 消化器症状	
<input type="checkbox"/> その他	

■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？（内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください）

なし あり

病名： _____ 医療機関名： _____

お薬の名前： _____

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

_____歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

_____歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり (_____) なし あり (_____)

■たばこを吸いますか

吸う _____本/日 _____年間 ・ 以前吸っていた _____本/日 _____歳頃～ _____歳頃 _____年間

吸わない ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む 何を (_____) ・ どのくらい (_____ /日)

飲まない

■便通は？ 快便 下痢 便秘 (_____ 日に _____ 回)

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠 : はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方→ (_____ ヶ月)

授乳 : はい いいえ

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。