

## 内科問診票

ふりがな お名前	生年月日 西暦 年 月 日 ( ) 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号		携帯電話	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱    のどの痛み    せき    たん    鼻水    関節の痛み  
 頭痛  
 腹痛    吐き気    おうと    下痢    便秘    食欲がない  
 腰痛    息苦しい    からだがだるい    めまい    ふらつく  
 血圧が高い (                      mmHg)  
 その他

● 現在治療中の病気    なし    あり

- 高血圧    高脂血症    糖尿病    腎臓病    痛風（尿酸値が高い）  
 脳こうそく    不整脈    ぜんそく    緑内障    関節リウマチ  
 その他

● 今、飲んでいるお薬    なし    あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？    なし    あり

● 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？    なし    あり

・いつ

---

・病名

---

・病院名

---

● 生活習慣について

- ・お酒    飲む    飲まない  
 ・たばこ    吸う（1日      本      年間）    吸わない    禁煙した（      年前から）

● 女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無    なし    あり      ・授乳中ですか    いいえ    はい