

受診時にお持ちになり、
受付でお渡しください。

内科問診票

氏名 _____ 生年月日 明・大
昭・平 _____ 年 月 日 受診日 _____

体温(_____ °C)

《下記の質問にお答えください》

1. どのような症状でお困りですか？（該当するものに○をつけてください）

頭痛	鼻水	吐き気	発疹	健康診断再検査
発熱	息苦しい	腹痛	体がだるい	
咳	のどの痛み	下痢	胸痛	
その他の症状【 _____ 】				

2. それはいつ頃からですか？ 今日(_____ 時頃～)・昨日・2日前・3日前・1週間・その他(_____)

3. 検査など何か希望がありますか？ いいえ・はい(ご希望 _____)

4. 最近外国へ旅行しましたか？ いいえ・はい(渡航先 _____)

5. 今までに次にあげる病気にかかったことはありますか？（該当するものに○をつけてください）

糖尿病	心臓病	腎臓病	肝臓病	高血圧
脳卒中	喘息	尿路結石	胆石	胆のう炎
胃炎	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	膵臓の病気	前立腺肥大
虫垂炎(盲腸)	痔	貧血	痛風	肺結核
肺炎	ひきつけ	ノイローゼ	リウマチ	関節炎
甲状腺疾患	目・耳の病気	緑内障	じんましん	皮膚病
その他の病気【 _____ 】				

6. 現在治療中の病気がありますか？ いいえ・はい

病院名	病名	病院名	病名
-----	----	-----	----

7. 入院をしたことはありますか？ いいえ・はい(病院名 _____ 病名 _____)

8. 手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい(病名 _____ 年 月)

9. 輸血を受けたことがありますか？ いいえ・はい(病名 _____ 年 月)

10. 薬物アレルギーはありますか？ いいえ・はい(薬名 _____ 年 月)

11. よく飲む薬がありますか？ いいえ・はい(_____)

12. タバコを吸いますか？ いいえ・はい(1日 _____ 本 _____ 歳から)

13. 酒類を飲みますか？ いいえ・はい(毎日・週 _____ 日・月 _____ 日)

(種類: _____ 量: _____)

14. 女性の方のみお答えください

妊娠していますか？	いいえ	最終月経	年	月	日	～	日間
	不明						
	はい	現在 妊娠	ヵ月・	週	出産予定日	年	月
授乳中ですか？	いいえ・はい						

◎紹介があれば記入してください(_____ 病院 _____ 先生から) (_____ さんから)