

問診票（内科）

(ふりがな)	性別	生 年 月 日	年 齢
お名前	☐ 男性 ☐ 女性	年 月 日	
ご住所 〒 -			
体 温	身 長	体 重	血 圧
. °C	cm	kg/g	(高) / (低)

※下記の項目について記入もしくは☒チェックしてください。

・どちらで当院を知りましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ インターネット | ☐ 知人の紹介 | ☐ 駅看板・電車広告 | ☐ 以前のかかりつけ医 |
| ☐ 当院の前を通過 | ☐ チラシをみて | ☐ 電柱看板をみて | ☐ その他（ ） |

・本日はどんな症状で、ご来院されましたか？

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ 発熱・のどの痛み | ☐ めまい・しびれ | ☐ 食欲不振、倦怠感 | ☐ 下痢 | ☐ 高血圧 |
| ☐ 咳・痰・鼻水 | ☐ 嘔吐・吐き気 | ☐ 口喝、体重減少 | ☐ 便秘 | ☐ 腹痛 |
| ☐ 喘息・息苦しい | ☐ 頭痛・胸痛 | ☐ むくみ・火照り | ☐ 血便 | ☐ 動悸 |
| ☐ 更年期障害 | ☐ 熱中症疑い | ☐ その他（ ） | | |

・いつ頃からですか？

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ☐ 今日 | ☐ （ ）日前 | ☐ （ ）年前 | ☐ 不明 | ☐ その他（ ） |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

・薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ なし | ☐ あり（ ） |
|-----------------------------|--------------------------------|

・お酒は飲みますか？

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ いいえ | ☐ はい（ ☐ 毎日・ ☐ 時々） |
|------------------------------|--|

・タバコは吸いますか？

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ いいえ | ☐ はい（ 本／1日× 年間） |
|------------------------------|--|

・現在飲んでいるお薬はありますか？ ※ありとお答えになった方→お薬手帳持参の方はご提示ください。

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ なし | ☐ あり（ ） |
|-----------------------------|--------------------------------|

・過去に病気、手術をしたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ なし | ☐ あり（ ） |
|-----------------------------|--------------------------------|

・（男性の方）診察のご希望はありますか？

- | | |
|----------------------------------|---|
| ☐ 通常通りの診察 | ☐ 医師のみのプライベートな診察希望 |
|----------------------------------|---|

・（女性の方）のみお答えください

- | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 生理中 | ☐ 妊娠中（ ヶ月）または（ 週目） | ☐ 授乳中 | ☐ 閉経後 |
|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|

・備考欄（他に何か先生にお伝えしたいことがありましたらご記入ください。）

（ ）