

内科問診票

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ふりがな) _____ 男
お名前 _____ 女 生年月日 _____ (_____ 歳)

住所 _____ 身長 _____ cm
お電話番号 (_____) _____ - _____ 体重 _____ Kg
携帯電話 _____

● 本日は、どのような内容で来院されましたか？

● いつからですか？

_____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時頃から

● 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

(いいえ/はい： _____ 病院・医院) (_____) 科

● 今まで次の病気にかかったことがありますか？(あれば○をつけてください。)

高血圧 ・ 不整脈 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞
脳出血 ・ 喘息 ・ 肺結核 ・ 肺炎 ・ その他 (_____)

● 今まで手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・病名 (_____) 病院 (_____)

● 輸血(血液製剤)を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

● アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・食べ物・薬・その他

● タバコは吸いますか？ はい 1日 (_____) 本 ・ いいえ

● お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・ (_____) を1日 (_____) くらい

● 女性の方に

一番最近の生理はいつですか？ _____ 月 _____ 日から _____ 日まで (順調 ・ 不順)

現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ