

内科問診票

年 月 日

氏 名 様 (歳)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

()

①その症状はいつ頃からですか ()

②その症状で他の病院で診てもらったことがありますか

いいえ ・ はい (病院名:)

2. 紹介状や健康診断・他院での検査結果等を持参していますか

いいえ ・ はい

3. 熱はありますか

いいえ ・ はい ()℃

4. 現在、治療中の病気はありますか

いいえ ・ はい (☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 心臓病
☐ 脳卒中 ☐ 胃腸病 ☐ 腎臓病 ☐ ぜん息
☐ その他())

5. 現在、飲んでいる薬がありますか (☐ 本日お薬手帳または薬情持参している ☐ 忘れた)

いいえ ・ はい (薬剤名:)

6. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

いいえ ・ はい (薬剤名: 食品名:)

7. 最近、出張や旅行で海外に行きましたか

いいえ ・ はい (☐ ①どちらに行かれましたか ()
②帰国時に下痢はありましたか いいえ ・ はい
③現地で生水、水、魚介類は食べましたか いいえ ・ はい
④ご家族で同じような症状の方はいますか いいえ ・ はい)

8. ペットを飼っていますか

いいえ ・ はい (ペットの種類:)

9. 周りにインフルエンザにかかっている方はいますか

いいえ ・ はい

10. 最近、予防接種を受けましたか

いいえ ・ はい (接種日: 年 月 日 インフルエンザ・肺炎球菌・B型肝炎・その他)

11. 嗜好について

お酒は 飲まない ・ 飲む (1日 合 / 週 回)

タバコは 吸わない ・ 吸う (1日 本) ・ 過去喫煙あり (1日 本 / 年間)

12. 現在、妊娠していますか

いいえ ・ はい (妊娠 ヶ月)

13. 他に気になることがございましたらお書きください

()