

内科 問診票

令和 年 月 日

☒ ☒ ☒ ☒		☒ ☒ ☒ ☒		☒ ☒ ☒
☒ ☒ ☒				
☒ ☒ ☒	☒		☒ ☒	°C
☒ ☒ ☒ ☒		☒ ☒ ☒ ☒		

※該当するものに☑をして下さい。

1 本日はどうされましたか？

- 具合が悪い ⇒ 症状はいつ頃からですか？(年 月 日頃から)
- 相談したいことがある ⇒ 内容() 健康診断の二次検査を希望
- ⇒ 当院の健康診断 他院
- 今まで他院に通院していたが、今後当院へ変更したい

② どのような症状ですか？

- 咳 痰 喉の痛み 鼻水 頭痛 腹痛 下痢 熱(日前から °C)
- 吐き気 胃痛 胸痛 動悸 体重減少 その他()

③ 今回の症状で、他の医療機関を受診されましたか？

- いいえ はい ⇒ 治療内容()
- 投薬 ⇒ 薬剤名()

④ 3か月以内に渡航されましたか？

- いいえ はい ⇒ 国名()

⑤ 今までに以下の病気になった、あるいは健診等で指摘されたことがありますか？

- ない 高血圧 糖尿病 心疾患 肝疾患 腎疾患 脂質異常症 甲状腺疾患
- 喘息 貧血 前立腺肥大 緑内障 その他()
- 入院歴()

⑥ 現在治療している病気はありますか？

- ない ある ⇒ 病名()

⑦ 現在服用中の薬はありますか？

- ない ある ⇒ 薬剤名()

⑧ 血縁者に以下の病気の方はいますか？

- ない 高血圧 糖尿病 心筋梗塞 脂質異常症 その他()

⑨ アルコールは飲みますか？

- いいえ はい ⇒ (毎日・週 回/コップ 杯・飲酒歴 年)

⑩ タバコは吸いますか？

- いいえ はい ⇒ (本/日・喫煙歴 年)
- 以前吸っていた ⇒ (本/日・喫煙歴 年)

⑪ 女性のみお答え下さい。

- 現在妊娠の可能性がある、あるいは妊娠していますか？ いいえ はい ⇒ (週目)
- 授乳していますか？ いいえ はい

★当院受診のきっかけを教えてください。(複数回答可)

- ホームページ 駅看板 道沿いの看板 webの口コミ 通りがかり
- (家族 知人 他院 _____) からの紹介
- その他()