

問診票 (内科系)

体温:( )℃

フリガナ			○をつけて下さい 男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日( )歳	
住所	〒		
	Tel:[自宅] ( )	[携帯] ( )	
勤務先	Tel: ( )		

※診察を円滑に行うため、以下の質問に可能な範囲でご記入ください※

●診察希望の科目に○をしてください。

内科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	糖尿病内科	腎臓内科	神経内科	泌尿器科
----	-------	-------	-------	-------	------	------	------

●どのような症状ですか？ あてはまる症状に○をつけてください。

〔風邪症状〕 喉の痛み 発熱 鼻水/鼻づまり 頭痛 関節痛 倦怠感

〔腹部症状〕 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 食欲不振 血便 便秘

〔胸部症状〕 胸痛 動悸 胸部圧迫感 脈が早い 脈が乱れる

〔呼吸器症状〕 息苦しい 息切れ 喘鳴 咳 痰

〔泌尿器症状〕 頻尿 排尿時痛 残尿感 尿漏れ 尿が出にくい 血尿 尿潜血 背部痛

健診で指摘された \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

●いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

●現在、他の病院・診療所に通院されていますか？

なし あり 病院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ ※紹介状 あり なし

●ご家族に同様の病気の方はいますか？ なし あり 誰に: \_\_\_\_\_

●今までに治療を受けたことのある病気や、治療中の病気があれば○をつけ、いつ頃かを( )にご記入ください。

喘息( )歳頃 肺炎( )歳頃 高血圧( )歳頃 腎臓病( )歳頃

糖尿病( )歳頃 心臓病( )歳頃 脳卒中( )歳頃

その他(病名: \_\_\_\_\_ 歳頃 )

●今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

●現在服用している薬はありますか？ なし あり 薬品名: \_\_\_\_\_

●アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

薬品: なし あり( ) 食べ物: なし あり( ) その他( )

●たばこ 吸わない 吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間) 過去に吸っていた

アルコール 飲まない 飲む(種類: \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ 杯、毎日 時々 月2~3回

●女性の方へ 妊娠している可能性は？ なし あり 授乳中ですか？ はい いいえ 2019.6.1