

# 内科 問診票

西暦 20 年 月 日

(分からない点などございましたらお気軽にスタッフにお尋ねください。)

ふりがな

お名前： 性別： 男性・女性 年齢： 歳

住所：

電話番号： 体重： kg 体温： °C

1. いつから、どのような症状がありますか？

① いつから

② 症状は？

2. 現在治療中の病気や、内服しているお薬はありますか？

① ない

② ある 病名：

飲んでいるお薬：

3. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

① ない

② ある 高血圧・心臓病・糖尿病・脳梗塞・脳出血・気管支喘息・肝臓病  
腎臓病・胃十二指腸潰瘍 前立腺肥大症・結核・肺気腫・緑内障

その他( )

4. 今までに薬や注射、食べ物などで体にあわなかったものはありますか？

① ない

② ある ありの方は具体的にお書きください

【 】

5. タバコを吸いますか？ ( いいえ ・ はい 本/日)

6. 〈女性の方へ〉 現在 ( 妊娠 / 授乳 ) していますか？ ( している ・ していない )

7. その他、希望事項がありましたら、お書きください。

次の検査を希望する

(血液検査・レントゲン検査・胃カメラ・腹部エコー検査・心電図検査・眼底検査)

注射、点滴をしてほしい・栄養相談を受けたい

その他( )