

内科問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 () 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号		携帯電話	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み
 頭痛
 腹痛 吐き気 おうと 下痢 便秘 食欲がない
 腰痛 息苦しい からだがだるい めまい ふらつく
 血圧が高い (mmHg)
 その他

- 現在治療中の病気 なし あり
 高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 痛風（尿酸値が高い）
 脳こうそく 不整脈 ぜんそく 緑内障 関節リウマチ
 その他

- 今、飲んでいるお薬 なし あり
おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

- 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

・いつ

・病名

・病院名

● 生活習慣について

- ・お酒 飲む 飲まない
・たばこ 吸う（1日 本 年間） 吸わない 禁煙した（ 年前から）

● 女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい