

ID:

内科 問診票

| | | | |
|------|---------------------------------------|------|--------------------|
| フリガナ | | 性別 | 明・大・昭・平 |
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください | TEL | |
| | | 携帯番号 | |

いつからお困りですか () 頃から 体温は () °C

どのような症状ですか

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 痰がでる・絡む |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 排尿痛 | |
| <input type="checkbox"/> 健診にて指摘 () | <input type="checkbox"/> 薬がなくなった () | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望あり (<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治癒証明書 <input type="checkbox"/> 登校許可書) | 2週間以内で海外渡航歴はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (国:) |
|--|--|

この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい

現在内服している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳: あり なし)
内服している薬 ()

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大
 緑内障 その他 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬 : いいえ はい 薬剤名: 症状:
食べ物 : いいえ はい 食べ物名: 症状:

日常生活について

たばこ : 吸わない
 吸っている 吸っていた → 本数: 1日 本 約 年間

お酒 : 飲まない
 飲む → 毎日 週()回 月()回
種類: 量: 杯・合・缶

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある (妊娠 週目)
※授乳中ですか: いいえ はい (出産予定日 年 月 日)

*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

- 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット
5) 広告・チラシ 6) 地域新聞 7) 駅看板 8) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。