

内科問診票

記入日 平成 年 月 日 (診察券番号)

フリガナ	生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日
お名前	ご住所 (〒 -) 電話 () -

* 身長 _____ cm * 体重 _____ kg * 体温 _____ °C * 血圧 : 高い・低い・正常

- どんな症状で受診されましたか？
熱 咳 痰 頭痛 だるい 息が苦しい 胸が痛い ゼイゼイする
下痢 むかつき 嘔吐 腹痛 食欲がない 体重減少
検診で異常 紹介受診 健康相談
その他 ()
- いつ頃からですか？
_____ 月 _____ 日から、 _____ 日前から、 _____ 週間前から、 _____ 年前から
- 今までになにか病気がありましたか？
心臓病、肝臓病、腎臓病、呼吸器疾患、糖尿病、整形外科疾患
脳梗塞、喘息(ぜんそく)、肺炎、結核、肺気腫、副鼻腔炎、胆石、胃潰瘍
花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、甲状腺疾患、緑内障、
その他 ()
- 現在治療中の病気はありますか？
病名 ()
- 服用中のお薬はありますか？
名称 ()
- お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？いいえ はい
(薬:)
(食べ物:)
- タバコ 吸わない 以前吸っていた 吸う (_____ 本 / 日 _____ 年間)
- アルコール 飲まない 飲む 時に飲む
- ペット いない いる (犬・猫 その他 ())
- 健康食品について なし 常用している (商品名 _____)