

内科問診票

受診日: 年 月 日

フリガナ			生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
氏名			男・女			
住所	〒 - -				携帯番号	- -
					TEL	- -

下記のご質問にお答え下さい。

《重要》今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名: _____ 症状: _____

食物・その他のアレルギー

いいえ はい 食べ物・その他: _____ 症状: _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃からですか。

1~3日前から 1週間前から 1か月前から その他()前から

・どのような症状ですか。

頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 痰
熱 お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢
便秘 嘔吐・吐き気 めまい 体がだるい 体温()℃
健康診断再検査(異常項目:) その他の症状()

・花粉症の症状についてお聞きします ある・ない

※内科で花粉症のお薬を処方できません。耳鼻科、もしくは眼科をご受診いただくようお願い致します。

2. この症状で、検査や治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書き下さい。

[_____]

3. 今までに下記の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 高脂血症
糖尿病 前立腺肥大 緑内障 結核 その他()

4. 今までに入院した病気・けががありましたら記入して下さい。

[_____]

5. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。

病名: _____

内服している薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬: _____

7. 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1)2)にお答え下さい。

1) 1日に()本くらい 2) ()年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週()日 月()日

※「飲まれる方」は、ご記入下さい。お酒の種類: _____ 量: _____

8. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり 授乳中ですか いいえ はい

9. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

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) チラシ広告 6) 看板 7) その他()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。