

# 内科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平				
氏 名		男・女		年	月	日	歳
住 所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	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 有る・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(内容): \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_

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。