

フリガナ

氏名

内科問診票

年 月 日

1、どのような症状がありますか？当てはまるものに○をつけて下さい。

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> 胸痛 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 呼吸苦 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | |
| その他 (|) |

2、症状はいつからですか？

- 本日 (時頃から) ・ 2～3日前 ・ 1週間前 ・ 2週間～3週間前
その他 ()

3、現在定期的に受診して治療中のご病気はありますか？

- ない・ある (高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・喘息・
結核・前立腺肥大・緑内障・その他)
*お薬手帳をお持ちの方は受付へお渡しください。

4、薬で湿疹やかゆみなど副作用が出たことがありますか？

- ない・ある (薬品名 _____)

5、アレルギーはありますか？

- ない・ある (花粉、アトピー、食品、喘息、その他 ())

6、大きな病気、手術の経験はありますか？

- ない・ある 歳：病名 (_____)
歳：病名 (_____)

7、嗜好品

アルコール	： 1日	ml	1週間で	日飲む
たばこ	： 1日	本	1週間で	箱吸う

8、(女性の方のみ) 妊娠中ですか？

はい・いいえ

9、(女性の方のみ) 授乳中ですか？

はい・いいえ

10、診療の過程で治療困難な病気と診断された場合病名の告知を希望されますか？

はい・いいえ