

・問診票の項目は記入漏れが無いよう
ご協力下さい

・他院からのお手紙（情報提供書）や
医師に記入してもらいたい書類を
お持ちの方は受付にお出し下さい

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 症状はいつ頃からありますか？
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 現在定期受診にて診察治療中のご病気がありますか？
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 _____ ）
※内服されている方はお薬手帳を受付へお渡し下さい
- 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 _____ 才：病名
_____ 才：病名
- 7 嗜好品 アルコール： 1 日 m l 1 週間で 日飲む
 たばこ： 1 日 本 喫煙年数 年

裏面もご記入ください⇒

- 8 女性の方へ、妊娠している可能性はありますか？
はい・いいえ
- 9 女性の方へ、授乳中ですか？
はい・いいえ
- 10 2週間以内に渡航歴はありますか？
ない・ある（渡航場所）
- 11 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？
する・しない

ありがとうございました。以上は個人情報としてカルテ同様に保護されます。
浅草病院