

# <内科 問診票>

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当院を何で知りましたか？

- 知人・家族の紹介     
  新聞折り込み・広告     
  インターネット・ホームページ  
 看板・通りすがりに見かけた   
  その他 ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒 _____					
電話番号	自宅： ( _____ )	携帯： _____	-	-		
職業		身長 ( _____ ) cm	体重 ( _____ ) kg			

(1) 本日はどうされましたか？ 体温 ( \_\_\_\_\_ ℃)

かぜ症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (最高: _____ ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 (透明・白色・黄色・緑色) <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 (日中・食後・就寝時・明け方) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 痰 (透明・白色・黄色・緑色・血痰) <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 関節痛
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 (時々・いつも) <input type="checkbox"/> はき気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (今までに _____ 回) <input type="checkbox"/> 下痢 (今までに _____ 回 水様・軟便) <input type="checkbox"/> 便秘
胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ヒューヒューゼーゼー
その他	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 排尿痛
専門外来 検査・検診 予防接種	<input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群の精査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 健診異常の再検、精密検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 予防接種 ( _____ )
自由診療	<input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> ニンニク注射 <input type="checkbox"/> プラセンタサプリメント <input type="checkbox"/> AGA (男性型脱毛症) 治療
上記の症状にあてはまらない場合にはこちらにご記入ください ( _____ )	

(2) いつからですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

(3) 現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患（不整脈も含む） <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症

(4) 現在の飲んでおられるお薬はありますか？\*お薬手帳をお持ちの方はお出してください

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	飲んでいるお薬（ ）

(5) お薬や食べ物で具合が悪くなったりアレルギー症状が出たことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	アレルギー症状の出た 薬品名（ ） 食べ物名（ ）

(6) これまでにたばこを吸ったことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方 1日（ ）本（ ）歳から
<input type="checkbox"/> いいえ	『いいえ』とお答えの方 <input type="checkbox"/> 1度も吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていた 1日（ ）本（ ）歳から（ ）歳まで

(7) 以下の感染症はありますか？

なし B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV（エイズ）

\*女性の方のみお答えください

(8) 現在、妊娠をしていますか？

妊娠中（ ）週 していない わからない  
授乳中

記入が終わりましたら  
受付にお渡しください。

