

# <内科 問診票>

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	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？ いつからですか？ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から

かぜ症状	<input type="checkbox"/> 発熱（最高： ____℃） 現在の体温（ ____℃） <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"/> だるさ <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 痰（透明・白色・黄色・緑色・血痰）
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 <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"/> 花粉症 <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
<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 <input type="checkbox"/> 自由診療（プラセンタ・にんにく注射・男性型脱毛症(AGA)治療・ピアス）	
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 ( )	

## \*女性の方のみお答えください

(2) 現在、妊娠をしていますか？

妊娠中 ( \_\_\_\_週) 授乳中 していない わからない

(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"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV（エイズ）

(4) 現在のんでいるお薬はありますか？\*お薬手帳をお持ちの方はお出しください

いいえ はい 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？

いいえ はい 症状の出た薬品・食べ物 ( )

(6) 現在たばこを吸っていますか？

<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	<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