

内科 問診票

氏名	年齢	
	歳	
身長	体重	体温
cm	kg	℃

該当するところにチェックや○をつけてください

◇本日はどうされましたか？

1) 症状があり診察希望

いつ頃から？

どんな症状？

発熱 頭痛 咽頭痛 胸痛 腹痛 めまい 嘔気・嘔吐
 動悸 息切れ 咳 痰 鼻水・鼻づまり 胸やけ 胃もたれ
 下痢 便秘 不眠

その他症状あればご記入ください

2) 前回の続き（症状変わりなし・症状改善・症状悪化・その他症状）

*症状がどのように変化したかをご記入ください（例：熱は下がったが咳が悪化している。等）

3) 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？

1.いいえ

2.はい [病院名：

病名：

4) 今までに病気や怪我で入院した事や、手術をされた事がありますか？

1.いいえ

2.はい [病院名：

手術名：

5) お薬や食べ物で蕁麻疹などのアレルギーが出たことはありますか？

1.いいえ

2.はい [薬：

食べ物：

6) タバコはお吸いになりますか？

1.いいえ

3.以前は吸っていたが、今は止めている

2.はい [本/日位]

7) お酒はお飲みになりますか？

1.飲まない

3.ほとんど毎日飲む

2.ときどき飲む

6) 女性の方へ。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

1.いいえ

3.わからない

2.はい [ヶ月]