

※内科系初診の方・内科系予約外再診の方はご記入をお願いします。

**内科系問診票**

記入日 年 月 日

氏名 男・女 歳

該当項目の□にチェックを入れて下さい。

身長 cm

体重 kg

1. 本日はどうされましたか？

- 熱がある      咳がでる      痰がからむ      鼻水がでる      頭が痛い
- 寒気がする      関節が痛い      胸が痛い      動悸がする      息苦しい
- 息切れがする      食欲がない      体重が減った      お腹が痛い      下痢
- 便秘              吐き気              嘔吐              たちくらみをする
- その他

2. その症状はいつ頃からですか？

3. この症状で他の病院にかかりましたか？

いいえ      はい      病院名 \_\_\_\_\_

4. 現在治療中、または過去に治療を受けた病気はございますか？

ない      ある      あるの方は下記にお答え下さい。

↓

- 糖尿病      高血圧      心臓疾患      喘息
- その他

5. アレルギーについてお聞きします。

- 薬物アレルギー      ない      ある      薬名 \_\_\_\_\_
- 食物アレルギー      ない      ある      食物名 \_\_\_\_\_
- その他アレルギー      ない      ある      \_\_\_\_\_

6. 生活習慣についてお聞きします。

タバコは吸ったことがありますか      いいえ      はい      本/日      歳 ~      歳

アルコールは飲みますか      いいえ      はい      日/週

7. 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？

ない      ある

最終月経 月 日      閉経 歳

<医療スタッフ記入欄>

再診

循環器	消化器	呼吸器	腎臓	代謝	血液