

内科問診票

ID: _____

〒 _____

電話番号: _____

住所: _____

ふりがな

氏名: _____ (男・女)

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C

初診の方は、下記の質問にお答えください。

いつ頃からどのような症状でお困りですか。
(痛みのある場合はその部位もお書きください)

[_____]

- 睡眠はどのような状態ですか? 良好 浅い眠り 不眠状態
- 食欲はありますか? 旺盛 普通 低下
- 便通の状態は? 毎日 下痢気味 便秘気味
- 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか? (はい・いいえ)
『はい』の方…わかれば薬・食べ物の名前 (_____)

現在、治療中の病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃(または年齢)ですか。

	いつ頃		いつ頃
高血圧 (_____)		胃潰瘍 (_____)	
糖尿病 (_____)		心臓病 (_____)	
腎臓病 (_____)		喘息 (_____)	
その他 病名 (_____)		いつ頃 (_____)	

今までかかった病気はありますか? また、それはいつ頃(または年齢)ですか。
病名 (_____) いつ頃 (_____)

あなたの血縁関係(祖父・祖母・父・母・兄弟・子供)で次の病気にかかったことがある
又は、かかっている人があれば、○で囲み、どなたか記入してください。

癌 (_____)	高血圧 (_____)	肺結核 (_____)	糖尿病 (_____)
心臓病 (_____)	喘息 (_____)	その他 (_____)	

タバコを吸いますか?
(吸わない・ _____ 本 X _____ 年)

家族でタバコを吸う人はいますか?
(_____)

女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びしますので、もうしばらくお待ちください。