

# 問 診 票 (内科)

記入日 年 月 日

ふりがな				男女	住所	〒	
氏名							
(生年月日 大明昭平 年 月 日生)							
身長		cm	体重		kg	電話番号	

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？

症 状 ( )  
いつから ( )

2. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？

①はい (はいの方は下記に○を付けて下さい) ②いいえ

喘息	じんま疹などのアレルギー	心臓病	高血圧
腎臓病	肝臓病	肝炎	糖尿病
			異常体質

3. 現在、内服している薬はありますか？

①はい (薬剤名: ) ②いいえ

4. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたりしたことがありますか？

①はい (病名: 輸血の有無: 有・無 ) ②いいえ

5. 現在までに食べ物や薬剤で何らかの異常 (発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど) が起こったことはありますか? \*アレルギーの有無について

①はい (食物名/薬剤名: ) ②いいえ

6. 来院1ヶ月以内に予防注射を受けましたか？

①はい (予防接種名: ) ②いいえ

7. 女性の方へ 最終月経: 月 日

現在妊娠していますか? ①はい (週数: ) ②いいえ

授乳中ですか? ①はい ②いいえ

8. 喫煙: 本/日 ・ 飲酒: /日