

内科問診票

20 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ ご職業()身長 (cm) 体重 (kg) 熱 (℃)

1. 紹介状はありますか? (ない ・ ある 病院名:)

2. 本日はどうなさいましたか?

3. それは、いつからですか? () (時間 ・ 日 ・ 月 ・ 年) 前から

4. 経過はどうですか? (良くなっている ・ 同じ ・ 悪くなっている)

5. そのことですでに医師の診察を受けていますか?

(いない ・ いる 病院名: 病名:)

すでに薬をのんでいますか? (いない ・ いる 薬品名:)

6. 普段から飲んでいる薬はありますか? (ない ・ ある)

薬品名:

7. 今までにおおきな病気、手術、外傷などがありますか? (ない ・ ある)

() 歳頃: 病名 () () 歳頃: 病名 ()

また、過去または現在で当てはまるものがあれば○をつけてください

ぜんそく、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、心臓病、肝炎、腎臓病、緑内障、前立腺肥大、結核、癌

8. 今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか?

(ない ・ ある : 何のアレルギーですか?)

9. 飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか? (ない ・ ある)

(薬品名: 症状:) (薬品名: 症状:)

10. 近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか?

糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、癌、腎臓病、結核、突然死

11. 女性の方にうかがいます。

前回の生理 (最終月経) はいつでしたか? (月 日頃) (歳で閉経している)

現在生理中ですか? (いいえ ・ はい)

現在妊娠していますか? (いいえ ・ はい ・ 可能性がある)

12. 下記の中で当てはまるものを選んで下さい。

便通: 快便 ・ 下痢 ・ 便秘 (日に 回)

たばこ: 吸わない ・ 吸う (1日に 本、約 年間)

酒: のむ ・ のまない (種類: 量: 1回 杯) (毎日 ・ 週に1~3回 ・ 月に1~3回)

13. その他 何かご質問、ご相談はありますか?