

初めてのの方に (内科初診問診票)

御氏名 ふりがな

_____ (男、女) 生年月日 (T・S・H) 年 月 日

〒 _____ (_____ 歳)

住所 _____ 現在の体温 _____ °C

TEL (自宅) _____ (携帯) _____ 最近の体重 _____ kg

具合の悪いところをお答えください。

1. 今日はどうされましたか？

いつごろからどのような症状があるかお書き下さい。

2. 上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ、はい (_____) にかかっている。

3. 今までにかかった病気はありますか？

高血圧、心臓病、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脳卒中、がん、結核

気管支炎、肺炎、喘息、アトピー、花粉症、膀胱炎

その他 (_____)

4. 定期的に服用している薬はありますか？ (_____)

5. 今までに手術の経験はありますか？

なし、あり (病名 _____ いつ頃 _____)

6. たばこは吸われますか？

吸わない、吸う、過去に吸っていた。 (1日 _____ 本、約 _____ 年間)

7. お酒は飲まれますか？

飲まない、飲む、過去に飲んでた。 (毎日、週1-2回程度、月1-2回程度)

8. アレルギーにつきお聞きします。

食物に対するアレルギーはありますか？ ない・ある (食品名 _____)

薬物に対するアレルギーはありますか？ ない・ある (薬物名 _____)

その他アレルギーはありますか？ なし・ある (_____)

血縁関係にある方にアレルギー疾患の方はいますか？ いる・いない
(_____)

9. 女性の方へ 妊娠している、妊娠していない、妊娠している可能性がある。授乳中である。

10. その他、何かありましたらお書きください。

ありがとうございました。

