

内科問診票

平成 年 月 日

該当する項目に○印をつけてください。

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

(1) 今日は、どんな症状で来院されましたか？

- 風邪症状
・せき ・鼻汁 ・のどの痛み ・熱がでる ・頭がいたい ・痰
- 頭の症状……
- 胸の症状……
- お腹の症状……
- 手足の症状……
- その他の症状（具体的にお書き下さい）

*飲めない薬は、ありませんか？

(1)無し (2)錠剤 (3)カプセル (4)粉薬 (5)水薬

(2) いつ頃から (1) の症状がありますか？

・今日から ・昨日から ・()日前から ・1週間前から ・それ以上前から
()前から

(3) 食欲は、どうですか？

・あります ・少しへってます ・全然食べられません

(4) 便通は、どうですか？

・ふつうです ・便秘気味 ・下痢気味

(5) 薬のアレルギーは、ありますか？ ()内は、わかれば、詳しくお書きください。

無し・あり ()

現在、治療中の病気はありますか？

無し・あり ()

現在、飲んでいるクスリは、ありますか？

無し・あり ()

今までに、入院したことや、手術したことがありますか？

無し・あり ()



〈裏面もご記入ください〉

(6) アルコールは、飲みますか？

- ・のみません ・のみます…… 1日どのくらいですか？

ビール 1本以下 ・ビール 2～3本 ・4本以上
お酒 1合以下 ・お酒 2～3合 ・4合以上

(7) タバコは、1日何本吸いますか？

- ・0本 ・10本以下 ・10～20本 ・20～40本 ・それ以上

(8) 女性の方だけ、おこたえ下さい。

最終生理は、いつでしたか？

- ・ 月 日 ～ 月 日
・現在、妊娠の有無（有・無）

(9) 血縁の方で、下記の病気がおありでしたら、お書き下さい。

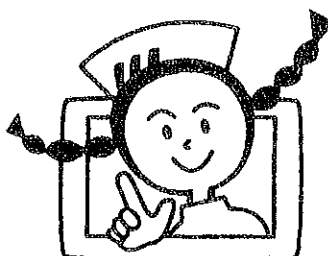
() 内には、親族をおかきください。

- がん ()
糖尿病 ()
高血圧 ()
脳卒中 ()

(10) 今まで、かかった病気の中で、該当するものがあれば、○印をつけてください。

	既 往 歴	予 防 接 種 歴
結 核	あり (才) ・ なし ・ 不明	BCG陽転 (才) ・ なし ・ 不明
はしか	あり (才) ・ なし ・ 不明	あり (才) ・ なし ・ 不明
水ぼうそう	あり (才) ・ なし ・ 不明	あり (才) ・ なし ・ 不明
おたふく	あり (才) ・ なし ・ 不明	あり (才) ・ なし ・ 不明
三日ばしか	あり (才) ・ なし ・ 不明	あり (才) ・ なし ・ 不明

* 記入が終わりましたら、看護師にお渡しください。



ご気分の悪い方は、
窓口にご声を
おかけくださいネ！