

内科問診票

受診日： 20 年 月 日

ふりがな	男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日
氏名		
住所		
※必要時、当院よりご連絡することがあります ご連絡可能な電話番号		
会社名		

A. 本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものに○をしてください。

- ☐ 熱がある ☐ のどが痛い ☐ 鼻水が出る ☐ 咳が出る ☐ 痰が出る ☐ 頭が痛い
☐ 吐き気がする ☐ 尿に血が混じる ☐ 尿が近い ☐ 排尿時に痛みがある
☐ 下痢をしている ☐ 便に血が混じる
☐ 胃が痛い ☐ 胃がもたれる ☐ 胃が重い ☐ 胸やけがする ☐ お腹が痛い
☐ 背中が痛い ☐ 胸が痛い ☐ 動悸・息切れがする ☐ 心臓が気になる
☐ 蕁麻疹、湿疹が出た ☐ 血圧が気になる ☐ 健康診断希望 ☐ その他 ()

B. 症状はいつ頃からありますか？ ()

C. 特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらお書きください。
()

D. 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
あり () なし

E. 現在、治療中の病気はありますか？
あり () なし

F. 現在、飲んでいるお薬はありますか？
あり () なし

G. お薬のアレルギーはありますか？
あり () なし

H. 妊娠中ですか？
(はい ・ いいえ)

I. 授乳中ですか？
(はい ・ いいえ)

J. 当院をどちらでお知りになりましたか？
・インターネット ・看板 ・知人 ・その他 ()

* 記載内容は診療に関する目的以外に使用することはありません。

体温 (°C) 脈拍 ()
 血圧 (/ mmHg)
 S P O2 (%)