

内科 初診問診票

西暦 20 年 月 日

* [個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

氏名 _____ 男・女 () 才. 職業 (過去も含 ())
身長 () cm 体重 () kg 体温 () 度

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？
2. その症状はいつ頃からですか？
3. その症状を他の病院で診てもらいましたか？
 - 1) なし
 - 2) あり→病院名 ()
紹介状をお持ちですか？: あり ・ なし
そこでは何と言われましたか？ ()
4. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？
 - 1) なし
 - 2) あり→病名 () 年 月頃
病名 () 年 月頃
手術 () 年 月頃
5. 現在治療中の病気はありますか？
 - 1) なし
 - 2) あり→病名 () 年 月頃
病名 () 年 月頃
6. ご家族で以下のような病気にかかった方はいますか？ *該当するものに○印を付けてください
(癌 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他:)
7. 2ヶ月以内の海外渡航後、ご本人または身近な方に発熱・下痢などの症状がありますか？
 - 1) なし
 - 2) あり→ご本人 ・ 身近な方: _____ 渡航先国名: _____
8. アレルギーはありますか？
 - 1) なし
 - 2) あり→薬品アレルギー ()
食品アレルギー ()
その他: 喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ ゴム ・ 金属 ()
9. 現在服用している薬はありますか？
*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。
お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。
 - 1) なし
 - 2) あり→薬 ()
10. 生活習慣についてお尋ねします。該当するものに○印を付けてください。
 - 1) 便通 → 回/日 普通 ・ 下痢 ・ 便秘
 - 2) 排尿 → 回/日 夜間特に多い 夜 () 回
 - 3) アルコール → 飲まない 飲む (時々 ・ 回/週 ・ 毎日 種類: _____ 量: _____ ml)
 - 4) 喫煙 → 吸う 1日 本 才から 吸わない (以前吸っていた 本/日 才頃やめた)
11. 女性の方へ 現在、妊娠の可能性は？
 - 1) なし 閉経 (才)
 - 2) あり→妊娠 _____ 週 最終月経 (年 月 日)
 - 3) 不明