

〈内科問診票〉

受診日 年 月 日

ふりがな

名前

年齢

歳(男・女) 生年月日

T
S
H
R

年 月 日

(〒 -)

住所

職業
学校(学年)一人来院
同伴者有()

自宅電話

携帯電話

身長

cm・体重

kg

※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

T :	BP :	P :	R :	SPO2 :
℃	(整・不整)	回	mmHg	%

今日はどうなさいました？ 該当する症状にチェックをお願いします。

- 発熱 頭痛 のどの痛み 咳・痰 鼻水・鼻づまり 関節の痛み
 倦怠感 めまい ふらつき 動悸 息苦しい 腹痛 下痢
 嘔気・嘔吐 食欲がない 健診で指摘
 その他 (

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風 喘息 脳疾患
 その他 (

現在服用中のお薬はありますか？

- なし
 あり (薬名：)

*現在服用中のお薬手帳をお持ちの方はお出してください

手術をしたことはありますか？

- なし あり ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり (お薬名や食べ物名：)

お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む (日/週) 種類・量 ()

タバコを吸いますか？

- 吸わない 吸う (本/日) やめた () 年前

*女性の方にお聞きします。

- 妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目
 授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。