

内科問診票

ふりがな 氏名	男・女	歳	職業
(郵便番号 -) 住所:			
電話	携帯電話		
身長	cm・体重	kg	既婚・未婚 子供 人
当院を何でお知りになりましたか? 近所・インターネット・知人の紹介 ()・その他 ()			

- どのような症状ですか?あてはまる症状に○をつけて下さい。
発熱 ・ せき ・ 痰(血痰) ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ はきけ ・ 嘔吐
下痢 ・ 便秘 ・ めまい ・ むくみ ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 体重が減った
ダイエット ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 食欲が無い ・ 眠れない ・ 健康診断で要受診と判断
その他 ()
- その症状はいつ頃からですか? (年 月 日 時頃から)
具体的に ()
- いままでに大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか?
ない ・ ある→ ()
- 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか?
ない ・ ある→ ()
- 現在、内服している薬はありますか?
ない ・ ある 薬名 ()
- 食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか?
ない ・ ある→ ()
- 過去に輸血を受けたことはありますか?
ない ・ ある→ ()
- 漢方治療のご希望がありますか。
はい ・ いいえ ・ どちらでも
- 粉薬は服用できますか?
はい ・ いいえ
- 妊娠していますか?
はい (月) ・ いいえ ・ わからない ・ 妊娠予定がある

*他院で処方されたお薬・その説明書・お薬手帳などをお持ちでしたら、初診時にお出してください。