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（　　）			

1、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〔　　〕

2、その症状はいつ頃からですか？（　　年　　月　　日　　時頃から）
　具体的に〔　　〕

3、いままでに大きな病気や、入院や手術を受けたことはありますか？
　ない　・　ある→（　　）

4、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→（　　）

5、現在、内服している薬はありますか？
　ない　・　ある　　薬名（　　）

6、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→（　　）

7、過去に輸血を受けたことはありますか？
　ない　・　ある→（　　）

8、漢方治療のご希望がありますか。
　はい　・　いいえ・　どちらでも

9、粉薬は服用できますか？
　はい　・　いいえ

10、妊娠していますか？
　はい（　　カ月）　・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、
　初診時にお出しください。

うえだ皮膚科内科