

# 内科問診表

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C



以下の質問であてはまる項目に☑をいれて下さい。

## 1. 本日はどうされましたか？

- |                              |                               |                                  |                                   |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱  | <input type="checkbox"/> 咳    | <input type="checkbox"/> 痰       | <input type="checkbox"/> 息苦しい     |
| <input type="checkbox"/> 動悸  | <input type="checkbox"/> 不整脈  | <input type="checkbox"/> 胸痛      | <input type="checkbox"/> 頭痛       |
| <input type="checkbox"/> 腹痛  | <input type="checkbox"/> むかつき | <input type="checkbox"/> 下痢      | <input type="checkbox"/> 便秘 ( 日間) |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 湿疹   | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                   |

## 2. いつからの症状ですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

詳しい症状などご記入をお願いします。

【 \_\_\_\_\_ 】

## 3. 今、飲まれている薬はありますか？ 有る / 無し

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

## 4. 既往歴はありますか？ 分かれば(カッコ)の中に発症年齢を記載ください

- |                                     |                                   |                                    |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( 歳)   | <input type="checkbox"/> 高血圧 ( 歳) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( 歳)  | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ( 歳) |
| <input type="checkbox"/> 癌 ( 歳)     | <input type="checkbox"/> 喘息 ( 歳)  | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 ( 歳)  | <input type="checkbox"/> 脳出血 ( 歳) |
| <input type="checkbox"/> 結核 ( 歳)    | <input type="checkbox"/> 狭心症 ( 歳) | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ( 歳) |                                   |
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 ( 歳) | <input type="checkbox"/> その他 ( )  | <input type="checkbox"/> なし        |                                   |

## 5. その他質問にお答えください

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| ・手術を受けられたことはありますか | 有る / 無し          |
| ・輸血を受けられたことはありますか | 有る / 無し          |
| ・タバコは吸われますか       | 吸わない / 吸う 1日 / 本 |
| ・お酒は飲まれますか        | 飲まない / 飲む 1日 / 本 |
| ・アレルギー歴はありますか     | 有る / 無し          |

## 6. ご家族で以下の病気の方はおられますか？ (カッコ)の中に続柄を記載ください

- |                                    |                                  |                                   |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( )   | <input type="checkbox"/> 高血圧 ( ) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( )  | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 癌 ( )     | <input type="checkbox"/> 喘息 ( )  | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 ( )  | <input type="checkbox"/> 脳出血 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 結核 ( )    | <input type="checkbox"/> 狭心症 ( ) | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ( ) |                                  |
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 ( ) | <input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> なし       |                                  |

## <女性の方お答えください>

最終月経はいつからですか \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間

妊娠の可能性 有る / 無し



ご協力ありがとうございました。お呼びするまで血圧を測ってお待ちください。

※お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。