

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）の中に続柄を記載下さい

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <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

【医療情報の利活用について】

当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。



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。