

問診票 《内科》

平成 年 月 日

ふりがな	生年月日 大・昭・平 年 月 日		
氏名	★女性の患者様へのご質問(○で囲んでください)		
	妊娠の可能性はありますか? あり ・ なし	妊娠中	授乳中

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- 定期受診 検査結果(採血・胃カメラ・大腸カメラ)
 症状があり診察希望
 前回の続き(症状に変わりなし・よくなっている・悪化している)

*症状がどのように変化したかをご記入ください。(例:熱は下がったが咳が悪化している。など)

→新しい症状のある方は下記にご記入ください。

■診察の方はいつからどのような症状がありますか？

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 咳 _____日前より | <input type="checkbox"/> 痰 _____日前より |
| _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 鼻水 _____日前より | |
| _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 喘鳴(ゼーゼー) _____日前より | |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 _____日前より | <input type="checkbox"/> のどの痛み _____日前より | |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 _____日前より | <input type="checkbox"/> 嘔気 _____日前より | |
| <input type="checkbox"/> 下痢 _____日前より | <input type="checkbox"/> 嘔吐 _____日前より | |
| <input type="checkbox"/> 便秘 _____日前より | <input type="checkbox"/> 発疹 _____日前より | |

検診で異常を指摘された(内容: _____)

その他の症状および心配なことなど
(_____)

→上記症状について、他院を受診しましたか？ いいえ・はい(病院名: _____)

→上記症状について、薬を服用または使用しましたか？ いいえ・はい ※市販薬も含みます
(お薬の名前: _____)

*たくさんある方はお薬手帳などを問診票と一緒にお願いします。

ご記入ありがとうございました。

ご予約の方優先となっておりますのでご予約をいただいていない方は待ち時間が長くなる場合がございます。
また、診察の内容によって呼び出しの順番が前後することもございますのでご了承ください。