

はじめて受診される方の問診票 《内科》

平成 年 月 日

ふりがな	性別	男 ・ 女	
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
生年月日	電話番号:	-	-
大・昭・平 年 月 日 (歳)	携帯番号:	-	-
住所(〒 -)			

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> 検診で異常を指摘された (内容: _____) | | |
| <input type="checkbox"/> 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。 | | |

■現在治療中の病気はありますか？

- なし ・ あり (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓血管疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他: _____)
- 現在治療中の病気では何かお薬の使用はありますか？ いいえ ・ はい (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。

■今までにかかった大きな病気や手術歴はありますか？

なし ・ あり (歳: _____ 、 歳: _____ 、 歳: _____)

■薬のアレルギー(副作用)はありますか？ なし ・ あり (お薬の名前: _____)

■薬以外のアレルギー(食べ物など)はありますか？ なし ・ あり (_____)

■以前胃カメラや大腸カメラを受けたことはありますか？ なし ・ あり (胃カメラ 回 / 大腸カメラ 回)