

内科 問診票

フリガナ				性別	男	女
氏名	様					
生年月日	大 昭	月	日	歳	自宅	-
	平 令				携帯	-
住所	〒 -					
	体温	℃	身長	cm	体重	kg
					要介護	要支援 あり・なし

- ① 当院をお知りになったきっかけをお教えてください。(必ず記入ください)
- 知人からのご紹介 当院のサイトを見た 病院検索サイトで調べた
 当院の建物を見た 看板を見た (駅・電柱・ビ) チラシを見た
 その他 ()

- ② 今日はどのような症状で受診されましたか

- ④ 症状はいつからですか？

本日から 2~3日前から 1週間前から 1ヶ月前から 半年以上前から

- ⑤ 診察の内容について、ご希望をお聞かせください。

検査や薬の費用をできるだけ抑えたい
 通常の診察・検査・治療を希望
 必要な検査や治療であれば費用がかかっても受けたい

- ⑥ よろしければ詳しい相談内容をお教えてください。(任意)

- ⑦ 今回の症状について、他の医療機関で受けたことがありますか。

ある ない

→裏面もご記入ください

⑧ 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ）

- はい いいえ

診療に役立つため、以下についてもお尋ねします。

現在治療中、または治療を受けたご病気があれば教えてください。

- 喘息 糖尿病 緑内障 高血圧 高脂血症
 胃潰瘍 前立腺肥大 脳梗塞 心疾患 悪性腫瘍（がん）
 骨折（部位： その他（ ）

ご家族で大きな病気にかかったり、手術を受けられたことがありますか。

（高血圧、糖尿病、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞、不整脈、脳卒中、がん、大腿骨骨折、精神疾患、喘息など）

- ない ある→それはどのような病気ですか・・・（ ）

現在飲んでいる薬はありますか。

- ない ある ※「ある」と答えられた方は診察時にお薬手帳をお渡ししてください。

お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

- ない ある
（ ※具体的に： ）

たばこは吸いますか？

- 吸わない 吸う（1日 本位を 年間）
 過去に吸っていた（ 年前まで1日 本ぐらいを 年間）

飲酒しますか？

- 飲まない 時々飲む 毎日飲む

ご職業を教えてください。（任意）

（ ）

運動習慣について教えてください。

- 運動はしていない 時々運動する 習慣的に運動している