



問診票 (内科)

|      |   |    |      |            |
|------|---|----|------|------------|
|      |   |    | 記入日  | 年 月 日      |
| フリガナ |   | 男  | 生年月日 | 年 月 日生( )歳 |
| お名前  |   | 女  |      |            |
| ご住所  | 〒 | 電話 | 自宅   | ( )        |
|      |   |    | 携帯   | ( )        |

1. 今日はどの様なことでられましたか。○で囲んでください。 診察 ・ 健康診断 ・ 予防接種  
 発熱( )℃・せき・鼻水・嘔気・嘔吐・下痢・腹痛・のどの痛み・頭痛・血便・血尿・胸痛  
 食欲がない・体重減少・その他( )
2. その症状はいつから始まりましたか？ ( )
3. 現時点で、ほかの病院・医院にかかれていますか？ かかっている ・ かかっていない  
 病名 \_\_\_\_\_  
 内服薬 \_\_\_\_\_  
 病院名 \_\_\_\_\_

4. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ ○で囲んでください。  
 また、それ以外に治療を受けた病気や、入院、手術のご経験がある方はご記入ください。
- 糖尿病 高血圧 高脂血症 喘息 腎疾患 心疾患 不整脈 呼吸器疾患 肝疾患  
 脳梗塞 膠原病 虫垂炎 癌 その他( )  
 いつ頃 ( )
- |    |    |   |    |    |
|----|----|---|----|----|
| 病名 | 時期 | 年 | 月頃 | 内容 |
| 病名 | 時期 | 年 | 月頃 | 内容 |

5. アレルギーについてお聞きします。  
 飲み薬や注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか ある ・ ない  
 薬品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_  
 薬品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

6. 毎日の生活についておたずねします。  
 ・アルコールは飲みますか？ はい (ビール 本, 日本酒 合, ワイン 本) ・ いいえ  
 ・タバコは吸っていましたか？ はい ( 本/日 年) ・ やめた (いつ頃  ) ・ いいえ  
 ・食事は規則正しく1日3回食べますか？ はい ・ いいえ  
 ・現在一人でお住まいですか？ はい ・ いいえ
7. 女性の方にお伺いします。  
 現在、妊娠中ですか？ はい ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中である

備考

◆身長 \_\_\_\_\_ cm ◆体重 \_\_\_\_\_ kg ◆BMI ( \_\_\_\_\_ )  
 (自己申告で結構です)