内 科 問 診 票

月　　日

オナマエ お名前　　様	生年月日（M ・ T ・ S ・ H ） 年　月　日	男 女	才
ゴジュウショ ご住所	電話番号　　携帯番号		

次の質問に当てはまるものを〇印でかこむか、ご記入ください。

本日はどうなさいましたか？

頭痛　腹痛　胸痛　咳　痰　食欲がない　だるい

息苦しい　動悸がする　腫れた　出血する　しびれる　動かない

その他（　　）

症状はいつから	①1週間以上　②1週間以内　③昨日から　④今朝から	
熱がある感じ	①ある（　　度）　②ない　③わからない　※熱はいつからありますか？（　　日頃）	
便　通	①普通　②下痢気味　③便秘　④下痢と便秘が交互に来る	
睡　眠	①よく眠れる　②普通　③不眠	
現在妊娠の可能性は	①いいえ　②はい（　　ヶ月　　週）	
これまでにかかった病気は何ですか？	いつごろ	
	病　名	肝臓　心臓　高血圧　糖尿病　その他（　　）
薬や注射・麻酔で副作用が出た事がありますか？	①ある	副作用が出た時の薬品名
	②ない	
	③特異体質だといわれたことがある	
アレルギーはありますか？	①ある（ アトピー　鼻炎　喘息　その他　　）　②いいえ	

当院以外の病院に掛かられていますか？	①はい　②いいえ
はいに〇印をつけられた方は、毎日服用している薬がありますか？	①はい　②いいえ
はいに〇印をつけられた方は、服用している薬の名前を教えて下さい お薬手帳があればご提示ください	
血液サラサラの薬を服用されていますか？ （ワーファリン・バイアスピリン等）	①はい　②いいえ

これらの項目に当てはまらないことがあれば、ご記入ください。

ご不明な点は、受付窓口に申し付け下さい。