内科問診票

　　　ふりがな

氏名

1. 今日はどうなさいましたか？ （症状に○、最も強い症状は◎）

月 日　　　 時頃から

＜全身＞・食欲がない・発熱・不眠

＜かぜ症状＞

熱がある・のど痛・鼻水/鼻づまり・咳・痰・息苦しい・頭痛・関節痛・寒気・だるい

＜循環器系＞

胸が痛い・動悸・息切れ・胸の圧迫感・顔や身体のむくみ・立ちくらみ

＜消化器系＞

腹痛・下痢・お腹のはり・吐き気・嘔吐・血便・便秘

＜泌尿器系＞

尿が近い・排尿時の痛み

＜その他＞ ( )

1. 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？ （ はい・いいえ ）

「はい」の方→病院・医院名( )

1. 今までにかかったことのあるご病気はありますか？

高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症・心筋梗塞・脳卒中・その他(　　　　　　　　 )

1. 現在飲まれているお薬やサプリメントなどはありますか？

（ )

1. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

( )

1. 飲酒はされますか？

なし 週１〜2回 週３〜４回 週５〜７日

種類：ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・ワイン

量（ ml）

1. 喫煙はされますか？

一度もない・喫煙中（１日　　　本）・過去に喫煙していた（　　歳〜　　歳まで、１日　　本）

**＊**裏面もございます

8．(女性の方のみ)

妊娠中・授乳中

ありがとうございました。一旦、受付に問診票をお預けください。

↓

身長（初回のみ）、体重、血圧を測定後、検査室にお寄りください。