

## 内科問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才 ) 男・女

〒

住所 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

TEL(携帯) \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

(自宅) \_\_\_\_\_

\* 本日はどうされましたか。 体温 \_\_\_\_\_ °C

\* 現在、当院以外で治療中の病気はありますか。【 ある ・ ない 】

・「ある」の場合【病名 \_\_\_\_\_】【病院名 \_\_\_\_\_】

・お薬手帳： ある ・ ない

・お薬手帳が「ない」で服薬中の方：【薬剤名 \_\_\_\_\_】

\* 今までの病気と健診で指摘された事について、下記にあれば□をチェックしてください。

- 高血圧             狭心症             心筋梗塞             不整脈             脳梗塞・脳出血  
 気管支喘息         肺結核             胃・十二指腸潰瘍    肝臓病             アレルギー疾患  
 糖尿病             腎臓病             膠原病             高脂血症・高コレステロール血症  
 癌( \_\_\_\_\_ )         その他( \_\_\_\_\_ )

\* 今までに薬や注射で副作用が起きたことはありますか。【 ある ・ ない 】

「ある」の場合【 症状： \_\_\_\_\_ 薬剤名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ 頃】

\* お酒を飲みますか。【 飲む ・ 飲まない 】

「飲む」の場合【 \_\_\_\_\_ 才から \_\_\_\_\_】【頻度： 毎日 ・ 週 \_\_\_\_\_ 回 ・ 時々 \_\_\_\_\_】

【種類： 日本酒 ・ 焼酎 ・ ビール ・ ウイスキー ・ ワイン ・ その他 \_\_\_\_\_】

【酒量： \_\_\_\_\_ 合 ・ \_\_\_\_\_ 升 ・ \_\_\_\_\_ ml/日 \_\_\_\_\_】

\* タバコを吸いますか。【 吸う ・ 吸わない ・ やめた( \_\_\_\_\_ )年前】

「吸う」「やめた」の場合【 \_\_\_\_\_ 才から \_\_\_\_\_ 才 ・ 現在まで \_\_\_\_\_】【頻度： 1日 \_\_\_\_\_ 本 ・ 時々 \_\_\_\_\_】

\* 女性の方のみお答えください。

・ 現在、妊娠の可能性はありますか。【 はい ・ いいえ \_\_\_\_\_】

・ 現在、授乳はしていますか。【 はい ・ いいえ \_\_\_\_\_】

\* その他、医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。