

初診問診票(内科)

年 月 日

| | | | | | | | |
|---|--------|---|------------|----------|----|---|----|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 年齢 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 名前 | | 女 | | () | 歳) | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| TEL | (自宅) | | | (携帯) | | | |
| かかりつけ医(病院) | 病院名() | | | | | | |
| 今日はどうされましたか？ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 痛み:部位() <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> かゆみ:部位() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 現在服薬中のお薬はありますか？ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬名や食べ物名) | | | | | | | |
| お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬名や食べ物名) | | | | | | | |
| お酒は飲みますか？(飲む場合、種類に○をして量をご記入下さい) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 種類・量(日本酒・焼酎・ビール・ワイン・その他) 毎日・週()回/ ml. | | | | | | | |
| たばこは吸いますか？ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 日()本 やめた()年前 | | | | | | | |
| ※女性の方のみ | | | | | | | |
| 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()週目 | | | | | | | |
| 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | | | | | | |
| その他(相談したいこと・お伝えしたいこと等) | | | | | | | |
| ※麻疹・風疹・おたふく等の疑いがある方は、受付にお申し出下さい。インフルエンザの疑いのある方は、マスクの着用をお願いしています。(マスク1枚10円です) ※当院は予約制となっております。予約の方が優先となりますのでご了承ください。急患が入った場合順番が前後したり、お待たせすることがあります。 | | | | | | | |
| | | | | | | | 院長 |