

# 内科問診票

氏名		性別	男・女
住所	〒		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
TEL	(自宅)	(携帯)	

◆今日はどのような事でいらっしゃいましたか？あてはまる症状にチェックを付けて下さい

- 発熱  頭痛  鼻水  喉の痛み  咳  痰  関節の痛み  
 腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  便秘  食欲不振  腰痛  
 息苦しい  めまい  ふらつき  身体がだるい  その他( )

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい(病名 )

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい(お薬名 )

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(食べ物 ) (お薬 )

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい(手術名 )

◆お酒は飲みますか？

いいえ・はい

◆タバコは吸いますか？

吸わない(一日 本)・吸う・禁煙した( 年前から)

●女性の方だけお答え下さい●

☆妊娠されていますか？

いいえ・わからない・はい( 週目)

☆授乳中ですか？

いいえ・はい