

# 内科問診票

\*紹介状・借用フィルム・検査データをお持ちの方は、受付に提出してください。

ふりがな	記載日： 年 月 日
お名前： _____	性別： _____ 生年月日：(明・大・昭・平・令) 年 月 日 年齢： _____ 歳
お電話番号： _____	
〒 _____	
住所： _____	都道府県 _____ 市区町村 _____
身長 ( _____ ) cm	体重 ( _____ ) kg 体温 ( _____ ) °C

1. どのような理由で受診されましたか？

(いつ頃から、どのような症状があるのか出来るだけ具体的にお書きください)

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか？

- はい (病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

3. 現在飲まれているお薬があれば、教えてください。 \*お薬手帳をお持ちの方は診察時に提出してください。

医療機関・かかりつけ医 ( \_\_\_\_\_ )

4. 過去に診断された病気、および現在治療中の病気はありますか？

- ない  ある  
高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍・脳梗塞・骨粗鬆症  
心疾患 \_\_\_\_\_ ・呼吸器疾患 \_\_\_\_\_ ・内分泌疾患 \_\_\_\_\_  
その他 \_\_\_\_\_

5. アレルギーや副作用について

- ①食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。  
 ある (食べ物の名前： \_\_\_\_\_ )  ない  
②薬で副作用が出たことがありますか。  
 ある (薬の名前： \_\_\_\_\_ )  ない

6. 喫煙について

- 吸っていない  
 過去に吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで)  
 現在も吸っている (1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ 歳から)

7. 飲酒について

- ほぼ毎日飲酒 (種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ )  たまに飲酒  お酒は飲まない

8. あなたもしくは近親者が2週間以内に海外から帰国されましたか？

- はい ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 国名： \_\_\_\_\_ )

9. 女性のみお答えください。

- ① 月経は？ ( 順調 ・ 不順 ・ 閉経 )  
② 現在、妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ ・ わからない )

10. ご希望や不安などございましたらご記入ください

\_\_\_\_\_  
以上です。ありがとうございました。