

問診票 <内科>

お手数ですが、ご記入願います。なお秘密は厳守させていただきます。

(フリガナ)

お名前 _____ 男・女 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

<該当する項目があれば○をつけてください。>

1. 今日はどうなさいましたか？具合の悪いところがあれば症状を教えてください。

糖尿病 高血圧 高脂血症 肝疾患 アレルギー

発熱 咳 鼻水 咽頭痛 腹痛 下痢 便秘 その他

胸痛 呼吸が苦しい 喘息発作 インフルエンザ疑い ()

水疱瘡(みずぼうそう)疑い 流行性耳下腺炎(おたふく)疑い 溶連菌疑い

2. 上の症状はいつ頃からありますか？

数時間前 昨日 2～3日前 4～5日前 1週間前 2～3週間前、

1ヶ月前 数ヶ月前 半年以上前から 数年前から

3. 今までにかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 喘息 肝臓疾患 脳卒中

肺結核 アトピー性皮膚炎 その他 ()

4. 現在になにかお薬を使っていますか？(または使っていましたか？) はい・いいえ

使用している場合そのお薬を教えてください。(お薬手帳があればお見せ頂けると助かります。)()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ

()

6. 現在 妊娠中・授乳中 ですか？ はい・いいえ

7. 特に医師に伝えたいことはありますか？

()

当院をどちらで知りましたか？

1:以前にきたことがある。

5:バスの案内放送

2:知人からの紹介(お名前)

6:ホームページを見た。

3:家族が通院している(お名前)

7:パンフレット

4:他の病院からの紹介

8:道を通ったときに覚えた