内科問診表

令和____年____月____日

フリガナ

生年月日

性別

氏名

大・昭・平・令____年____月____日____歳

男・女

- 今日はどうかさいましたか？ あてはまるものに、○をつけてください。
咳 痰 鼻水 喉の痛み 頭痛 腹痛 下痢 胃痛 吐気 嘔吐 めまい 胸の痛み 動悸
喘息 呼吸苦 膀胱炎症状（頻尿 残尿感 排尿時痛）しびれ（部位 _____）
高血圧 糖尿病 高脂血症 健診後の再検査 その他 _____
- 症状はいつからですか？ _____ 日前 _____ ヶ月前 _____ 年前
- お熱はありますか？
いいえ はい → 体温 _____ °C → お熱はいつ頃からですか？ _____ 日前
- お薬は服用されましたか？（市販薬も含む）
いいえ はい →（薬剤名 _____）
- かかったことがあるものに、○をつけてください。
喘息 アレルギー（ _____ ） 糖尿病 高血圧 高脂血病 緑内障
前立肥大症 肝臓病 心臓病 胃潰瘍 脳梗塞 その他（ _____ ） 特になし
・治療はされていますか？ いいえ はい →（病院名 _____）
・常用薬はありますか？ いいえ はい →（薬の名前 _____）
※お薬手帳など、飲んでいる薬が分かるものがある場合は受付にご提出ください。
・手術歴はありますか？ いいえ はい →（手術名 _____）
- 健康食品やサプリメントを摂っていますか？
いいえ はい →（内容 _____）
- 内服薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
いいえ はい →（薬剤名 _____）（症状 _____）
- 現在、タバコは吸っていますか？
いいえ はい →（1日____本____年間）以前吸っていた →（1日____本____年間）
- お酒は飲みますか？
いいえ はい →（お酒の種類 _____ 1日量 _____ 週____日）
- 現在、妊娠している可能性はありますか？
いいえ はい →（妊娠 _____ ヶ月）
- 14日以内に海外に行きましたか？
いいえ はい →（国名 _____）

ご記入ありがとうございました。

医療法人財団岩井医療財団 稲波脊椎・関節病院