

# 内科問診表

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_歳 性別 男 ・ 女

郵便番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

1. 今日はどうなさいましたか？ 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 \_\_\_\_\_

2. 症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_日前 \_\_\_\_\_ヶ月前 \_\_\_\_\_年前

3. お熱はありますか？

いいえ はい→体温 \_\_\_\_\_℃→お熱はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_日前

4. お薬は服用されましたか？

いいえ はい→ (薬剤名 \_\_\_\_\_)

5. 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 高脂血症 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 \_\_\_\_\_)  
・手術歴はありますか？ いいえ はい→ (手術名 \_\_\_\_\_)

6. 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 \_\_\_\_\_)

7. 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 \_\_\_\_\_)

8. 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)

9. お酒は飲みますか？ いいえ はい→ (お酒の種類 \_\_\_\_\_ 1日量 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_日)

10. 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)

11. 海外へ行かれたことはありますか？

いいえ はい→ (国名 \_\_\_\_\_) (いつ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月前)

ご記入ありがとうございました。