ID: _____

内科問診票

フリガナ 氏名		性別	男・女
住所	〒		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
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 _____]

◆現在服用中のお薬はありますか？

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？ 吸う (1日 _____ 本)・吸わない・禁煙した (_____ 年前から)

●女性の方だけお答えください●

☆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