

# 内 科 問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ		性別	男性 女性
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所			
職業	身長	c m	体重 k g 体温 °C

- [1] いつ頃からどのような症状がありますか  
 いつ頃から ( )  
 どんな症状 ( )
- [2] 健康診断は受けていますか？ 1. いいえ 2. はい (最後に受けたのは 年 月 日)
- [3] 今までコロナにかかったことがありますか？  
 又は、周りにインフルエンザ・コロナの人がいましたか？  
 1. いいえ 2. はい (誰が いつから A ・ B型)  
 インフルエンザワクチンは受けましたか？ 1. いいえ 2. はい 年 月 日  
 コロナワクチンは受けましたか？ 1. いいえ  
 2. はい、1回目 ( ) 2回目 ( ) 3回目 ( ) 4回目 ( )
- [4] 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？  
 1. いいえ 2. はい 病名 ( ) いつから ( )  
 病院名 ( ) 使用薬品名 ( ) お薬手帳をご持参いただければ記入不要です
- [5] 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それは何歳ころですか？
- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 何歳頃     | 何歳頃     | 何歳頃      |
| 脳疾患 ( ) | 肝臓病 ( ) | 脂質異常 ( ) |
| 腎臓病 ( ) | 心臓病 ( ) | その他 ( )  |
| 高血圧 ( ) | 糖尿病 ( ) |          |
| 胃潰瘍 ( ) | 癌 ( )   |          |
- [6] 今までに手術を受けたことはありますか？  
 1. いいえ 2. はい 病名 ( ) 何歳ころ ( ) 病院名 ( )
- [7] お薬や食べ物でじんま疹やアレルギーがでたり喘息・花粉症はありますか？  
 1. いいえ 2. はい ( )
- [8] 血縁者の病気  
 1. いいえ 2. はい 高血圧・脂質異常・糖尿病・狭心症・心筋梗塞・脳疾患  
 ・癌・その他 ( )
- [9] 現在一緒にお住まいの方はどなたですか当てはまる方に○を付け下に年齢の記入もお願いします。  
 1人暮らし・夫・妻・子ども 人・父・母・祖父・祖母・嫁・孫 人・婿・兄・弟・姉・妹
- [10] タバコはお吸いになりますか？  
 1. いいえ 2. はい ( 歳から1日 本吸っている) 3 (以前は吸っていた) 禁煙 歳の時
- [11] お酒はお飲みになりますか？  
 1. 飲まない 2. 時々飲む 3. ほとんど毎日飲む
- [12] 女性の方にお訪ねします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性又は授乳中ですか？  
 1. いいえ 2. . わからない 3. はい ( か月) 4. 授乳中 ( か月)
- ご記入いただいた内容は秘密を厳守致します。