

内科問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

〒

住所 _____ TEL _____

血圧 _____ / _____ mmHg 体温 _____ °C / 身長 _____ cm / 体重 _____ kg

今日は、どのような症状で来院されましたか？

① 症状は？

痛い【どの部分が（ _____ ）】 発熱・だるい・吐気・下痢・めまい・咳
・ 痰 ・ 鼻水 ・ その他〔 _____ 〕

② その症状はいつ頃からですか？

年 _____ 月 _____ 日 _____ 時から

次の項目(病名)のうちで該当するものに○印と年齢を記入してください。

| | | | | | |
|-------|---|--------|---|-------|---|
| 高血圧症 | 才 | 十二指腸潰瘍 | 才 | 腎結石 | 才 |
| 肥満症 | 才 | 胃下垂症 | 才 | 肺結核 | 才 |
| 心臓肥大 | 才 | 胆石症 | 才 | 喘息 | 才 |
| 狭心症 | 才 | 胆のう炎 | 才 | 貧血 | 才 |
| 心筋梗塞 | 才 | 肝炎 | 才 | 卵巣のう腫 | 才 |
| 心臓弁膜症 | 才 | 黄疸 | 才 | 子宮筋腫 | 才 |
| 眼底出血 | 才 | 急性腎炎 | 才 | 帝王切開 | 才 |
| 糖尿病 | 才 | 慢性腎炎 | 才 | 乳がん | 才 |
| バトウ氏病 | 才 | ネフローゼ | 才 | | |
| 胃潰瘍 | 才 | 腎盂炎 | 才 | | |

生活情報

| | |
|------------------------|--|
| 薬・食べ物・その他・アレルギーはありますか？ | ある（ _____ ）・ない |
| 酒 | 毎日（ _____ 合）・時々・飲まない |
| たばこ | 吸う（ _____ 本）・吸わない いつから禁煙した（ _____ ） |
| 脂っこいもの | 多くとる ・ 普通 ・ 少ない |
| 塩辛いもの | 多くとる ・ 普通 ・ 少ない |
| コーヒー | 1日（ _____ 杯）・時々・飲まない |
| 食欲はありますか？ | ある ・ あまりない ・ ない |
| 排便は？ | 日 _____ 回 常用薬（ _____ ） |
| 妊娠されてる可能性 | ある ・ ない |