

# 内科問診票

年 月 日

|        |            |     |   |    |
|--------|------------|-----|---|----|
| ふりがな   | 生年月日 S・H・R | 年   | 月 | 日  |
| お名前    | 電話番号       | ( ) |   |    |
|        | 携帯電話       | ( ) |   |    |
| 郵便番号 〒 |            | 性別  |   | 年齢 |
| ご住所    |            | 男・女 |   | 歳  |

※必ずご記入下さい 続柄

緊急連絡先 ( )

診療を円滑に行うため、以下の質問に可能な範囲で御記入ください。

紹介状あり

身長・体重をご記入下さい。 身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. かかりつけ医(定期的に受診している診療所など)がありますか？

・ はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

2. 本日来院された理由は何ですか？(いつからどのような症状がありますか？)

3. 今回の症状はどのような経過ですか？また、そのことで医療機関に受診されていれば、医療機関名とそこでの診断名や治療内容も御記入ください。

(医療機関名: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_)

4. これまでにかかった病気や治療中の病気について教えてください。

① 糖尿病: ・はい( \_\_\_\_\_ 歳~ 治療 あり) ・なし) ・いいえ

② 高血圧: ・はい( \_\_\_\_\_ 歳~ 治療 あり) ・なし) ・いいえ

③ 高脂血症: ・はい( \_\_\_\_\_ 歳~ 治療 あり) ・なし) ・いいえ

④ 喫煙: ・吸っている( \_\_\_\_\_ 歳~ 1日 本 合計 \_\_\_\_\_ 年)

・吸っていた( \_\_\_\_\_ 歳~ 1日 本 合計 \_\_\_\_\_ 年)

・全く吸ったことがない

⑤ 動悸・息切れ: ・ない ・まれに ・ときどき ・いつも

5. 現在服用中のお薬がありますか？あれば、お薬の名前を御記入ください。

(お薬手帳やリストをお持ちでしたら記入は不要です。診察室でお見せください。)

5. お薬でアレルギーがでたことがありますか？ある場合はお薬の名前と症状をお書き下さい。

・ ある (薬剤名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_) ・ ない

10. その他医師にご相談したいことがありましたら御記入ください。