

ID \_\_\_\_\_

# 問 診 票

内 科

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

男

年齢

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

女

歳

体温 \_\_\_\_\_ °C

生年月日 S H R 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

● 現在、具合の悪い症状、治療を希望する症状があれば、お書き下さい。

いつ頃から ( \_\_\_\_\_ )

どのような症状 ( \_\_\_\_\_ )

● 過去1ヶ月以内の入院歴はありますか？

あり

なし

病院名 ( \_\_\_\_\_ ) 入院期間 ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )

● 血縁の方 (父母・兄弟・子・祖父母) で大きな病気になった方はいらっしゃいますか？

( \_\_\_\_\_ )

● 現在、通院している病院・クリニックはありますか？

あり

なし

ある方は、医療機関名、疾患名をお書きください

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

疾 患 名 ( \_\_\_\_\_ )

● 現在、服用している薬はありますか？

あり

なし

名前のわかる薬はお書きください ( \_\_\_\_\_ )

薬を持参された方は、あるいは、薬の手帳をお持ちの方は受付にお見せ下さい。

● 今まで、飲み薬や注射などで、具合が悪くなったことはありますか？

いいえ

はい

“はい”の方へ

どんな薬で ( \_\_\_\_\_ )

どのような具合でしたか ( \_\_\_\_\_ )

● タバコは吸いますか？または、お酒を飲みますか？

タバコ：  吸わない  吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本)

お 酒：  飲まない  時々飲む  毎日飲む ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_\_\_\_ ) 位

● 女性の方へ、妊娠・授乳についてお伺いします。

現在妊娠している

現在妊娠しているかもしれない

現在授乳している

ご協力ありがとうございました