

# 内科 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名

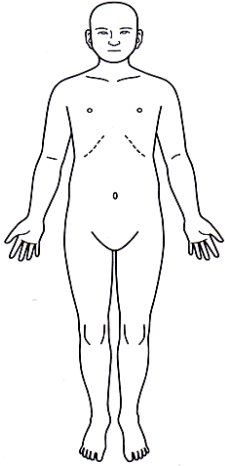
様 ( 歳 ) (男・女)

付添 無・有

(ご関係 )

今日はどのようなことで受診されましたか？○をつけてください

症状のある部位に○を記入



頭

胸

肺

胃腸

全身

その他

- ・頭が痛い ・めまいがする
- ・のどが痛い ・鼻水が出る ・鼻づまり
- ・胸が痛い ・胸が苦しい ・胸がドキドキする
- ・血圧が高い ・脈が乱れる
- ・咳が出る ・痰が出る ・息苦しい
- ・息切れする ・ゼイゼイする
- ・胃が痛い ・お腹が痛い
- ・吐き気 (吐いた 回) ・吐いた物に血が混じる
- ・下痢 ( 回) ・便に血が混じる (赤い・黒い)
- ・熱がある ( 度) ・身体がだるい
- ・食欲がない ・背中が痛い ・腰が痛い ・関節が痛い
- ・むくみ (部位 ) ・発疹 (部位 )

その症状はいつ頃からですか？ ( から)

その症状のことで他の病院に行った方は下記にご記入ください

・いつ ( ) ・病院名 ( ) ・内容 (検査・薬・その他 )

今まで治療した、または現在治療中の病気はありますか？ ○をつけてください

- ・脳梗塞 ・脳出血 ・緑内障 ・白内障 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈 ・高血圧 ・高脂血症
- ・糖尿病 ・肺の病気 ・喘息 ・肝臓の病気 ・膵臓の病気 ・腎臓の病気 ・認知症 ・前立腺肥大
- ・精神の病気 ・がん (部位 ) ・その他 ( )

現在飲んでいる薬はありますか？ ( 無・有 ) お薬手帳はありますか？ ( 無・有 )

( )

受診された病院名 ( )

・ペースメーカー等を装着していますか？ ( 無 ・ 有 )

・薬・食物・その他のアレルギーはありますか？ ( 無・有 )

・タバコは吸いますか？ (吸わない・吸う 本/日 才から・吸っていた )

・アルコールは飲みますか？ (飲まない ・飲む・種類 ・量 /日)

・妊娠又はその可能性 (無・有) ・授乳中 (無・有) ・生理中 (無・有)