

問診表

内科系

ふりがな			
名前		性別	男・女
生年月日	年	月	日
住所 〒		年齢	歳
電話番号		携帯番号	

○今日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をつけて下さい

- ・熱がある ・喉が痛い ・鼻みず ・鼻づまり ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛
- ・めまい ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・胸の圧迫感 ・顔や体のむくみ
- ・腹痛 ・お腹がはる ・下痢 ・吐き気 ・食欲がない ・便秘
- ・その他 ()

○症状はいつ頃からですか？

本日から ・昨日から ・数日前から ・ () ごろ前から

○現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？

いいえ ・ はい (薬剤名)
 お薬手帳 ない ・ ある *お薬手帳のある方は薬剤名を省略していただいて結構です。
 病院名 ()

○今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ない ・ ある

病名 () 手術 ()
 病名 () 手術 ()

○アレルギーはありますか？

お薬 ない ・ ある (薬品名)
 食物 ない ・ ある (食物名)
 その他のアレルギー ()

該当する方のみお答えください

・3か月以内に海外への渡航歴はありますか？ いいえ ・ はい (場所)

女性の方のみお答えください

・妊娠されていますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい (週目)
 ・授乳中ですか？ いいえ ・ はい

最後にアンケートにお答えください。 当院をどちらでお知りになりましたか？

- ・通りがかりや施設を直接見て ・ご家族や知人が通院中 ・看板・広告など
- ・インターネット上 (パソコンやスマートフォン) ・他院から紹介 ・その他