

NO. _____

内科問診票

※ふりがなを必ずご記入下さい

体温 _____ °C

お名前 ^{ふりがな} _____ 生年月日西暦 _____ 年 月 日 (歳)

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____

携帯電話番号 _____

以下の質問に○または記入をしてください。

・現在治療中の病気はありますか？ 服用している薬はありますか？

①はい 受診病院 (_____) 病名 (_____)

内服中の薬の名前 (_____)

②いいえ

・今までに以下の病気といわれたことがありますか？

喘息 肝炎 腎臓病 糖尿病 高血圧 不整脈 心臓病 緑内障

脳卒中 その他 (_____)

・アレルギーはありますか？ (有・無)

有の場合 薬：薬剤名 (_____) 食べ物：(_____)

その他：(_____)

・過去に手術・または輸血をうけたことはありますか？

①はい (_____) ②いいえ

・血縁の方で以下の病気の方はいらっしゃいますか？

喘息 肝炎 腎臓病 糖尿病 高血圧 不整脈 心臓病 緑内障

脳卒中 がん (部位 _____) その他 (_____)

・お酒はお飲みになりますか？

①はい (週 _____ 回くらい) ②いいえ

・タバコはお吸いになりますか？

①はい (1日 _____ 本くらい・喫煙期間 _____ 年) ②いいえ

・女性の方のみお答えください。現在、妊娠中または授乳中ですか？

①はい (妊娠 _____ ヶ月) (授乳中 生後 _____ ヶ月)

②いいえ

・当院受診されているお子様のお名前 (_____) (_____)

(_____) (_____)