

内科問診票

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 様 生年月日 年 月 日 性別 男・女

〒

住所

TEL

血圧 / mmHg 体温 °C / 身長 cm / 体重 kg

今日は、どのような症状で来院されましたか？

① 症状は？

痛い【どの部分が ()】 発熱・だるい・吐気・下痢・めまい・咳
・ 痰 ・ 鼻水 ・ その他 ()

② その症状はいつ頃からですか？

年 月 日 時頃から

次の項目(病名)のうちで該当するものに○印と年齢を記入してください。

高血圧症	才	十二指腸潰瘍	才	腎結石	才
肥満症	才	胃下垂症	才	肺結核	才
心臓肥大	才	胆石症	才	喘息	才
狭心症	才	胆のう炎	才	貧血	才
心筋梗塞	才	肝炎	才	卵巣のう腫	才
心臓弁膜症	才	黄疸	才	子宮筋腫	才
眼底出血	才	急性腎炎	才	帝王切開	才
糖尿病	才	慢性腎炎	才	乳がん	才
バトウ氏病	才	ネフローゼ	才		
胃潰瘍	才	腎盂炎	才		

生活情報

薬・食べ物・その他・アレルギーはありますか？	ある () ・ ない
酒	毎日 (合) ・ 時々 ・ 飲まない
たばこ	吸う (本) ・ 吸わない いつから禁煙した ()
脂っこいもの	多くとる ・ 普通 ・ 少ない
塩辛いもの	多くとる ・ 普通 ・ 少ない
コーヒー	1日 (杯) ・ 時々 ・ 飲まない
食欲はありますか？	ある ・ あまりない ・ ない
排便は？	日 回 常用薬 ()
妊娠されてる可能性	ある ・ ない