



問診票 (内科)

記入日：西暦 20 年 月 日

身長： cm、 体重 kg、 今日の体温 °C、 ご職業

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏名		年齢・性別	歳 男性 / 女性
ご住所	〒		
お電話番号	自宅：	携帯：	

ご希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をご記入ください。

本日はどのようなことでご来院されましたか？ 特に希望されることがあればお書きください。

症状 あり いつからですか〔 〕 なし

〔 〕

***これまでにかかったご病気はありますか？**

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 (歳) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳) | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (歳) |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (歳) | <input type="checkbox"/> 喘息 (歳) | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 (歳) |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (歳) | <input type="checkbox"/> 癌 (歳) | 〔部位： 〕 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 (歳) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 (歳) | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 (歳) |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 (歳) | <input type="checkbox"/> 精神疾患 (歳) | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 (歳) |
| <input type="checkbox"/> その他 | 〔 〕 | |

現在の内服薬・

来院前までの内服薬

〔 〕

アレルギー 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

薬・食物〔 〕

***ご家族のご病気**

かつこの中に、続柄をお書きください。

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 () | <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 () |
| <input type="checkbox"/> 癌 () | <input type="checkbox"/> 心疾患 () | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 () |

喫煙 あり なし やめた () 本/日 () 歳まで飲酒 あり なし 週 () 日 種類・量 ()女性の方：現在、妊娠されている可能性はありますか？ あり なし

- ご来院いただいたきっかけ 1.クリニック外観 2.電柱広告 3.ホームページ google
- 4.医療情報サイト(Caloo, 病院ナビ, 東京ドクターズ, EPARK, ドクターズファイル) 5. 知人のご紹介
- 6.医療機関の紹介 (病院：) 7.その他 ()

ご来院の交通手段は？ 1.徒歩 2.自転車 3.バイク 4.自動車 5.電車 6.バス 7.タクシー