

# 内科問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 歳)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

( \_\_\_\_\_ )

①その症状はいつ頃からですか ( \_\_\_\_\_ )

②その症状で他の病院で診てもらったことがありますか

いいえ ・ はい (病院名: \_\_\_\_\_ )

2. 紹介状や健康診断・他院での検査結果等を持参していますか

いいえ ・ はい

3. 熱はありますか

いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )℃

4. 現在、治療中の病気はありますか

いいえ ・ はい (  高血圧       糖尿病       高脂血症       心臓病  
 脳卒中       胃腸病       腎臓病       ぜん息  
 その他( \_\_\_\_\_ ) )

5. 現在、飲んでいる薬がありますか (お薬手帳があればお出し下さい)

いいえ ・ はい (薬剤名: \_\_\_\_\_ )

6. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

いいえ ・ はい (薬剤名: \_\_\_\_\_ 食品名: \_\_\_\_\_ )

7. 最近、出張や旅行で海外に行きましたか

いいえ ・ はい (  ①どちらに行かれましたか ( \_\_\_\_\_ )  
 ②帰国時に下痢はありましたか      いいえ ・ はい  
 ③現地で生水、水、魚介類は食べましたか      いいえ ・ はい  
 ④ご家族で同じような症状の方はいますか      いいえ ・ はい )

8. ペットを飼っていますか

いいえ ・ はい (ペットの種類: \_\_\_\_\_ )

9. 周りにインフルエンザにかかっている方はいますか

いいえ ・ はい

10. 最近、予防接種を受けましたか

いいえ ・ はい (接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 インフルエンザ・肺炎球菌・B型肝炎・その他 \_\_\_\_\_ )

11. 現在、妊娠していますか

いいえ ・ はい (現在 妊娠 第 \_\_\_\_\_ 週)

12. 他に気になることがございましたらお書きください

( \_\_\_\_\_ )