ID

予約　　　：　　　　　　　　紹介状　　　 有 ・ 無

受付　　　：　　　　　　　　検診結果　 　有 ・ 無

【内科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳　　　職業

1.いつから、どのような症状がありますか？また、思い当たる原因がありましたらご記入ください。

　＊今回の症状で他の医療機関に受診されましたか？　　いいえ・はい（病院名　　　　　　 　　　）

　＊今朝食事はしましたか？　　　　　　　　　　　　　いいえ・はい（食事時間　　　　：　　 　）

2.現在、他の医療機関に通院されていますか?

　　いいえ　・　はい　　　　歳から　病名　　　　　　　　病院名

3.通院・入院・手術をしたことがありますか？

　　いいえ　・　はい　　　　歳から　病名　　　　　　　　病院名

4.現在飲んでいる薬はありますか？　　いいえ ・ はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　＊お薬手帳や薬の名前がわかるものをご提出ください（コピーさせて頂きます）

5.アレルギーはありますか？

　　いいえ　・　はい（ 薬剤・食べ物・造影剤・花粉症・その他　　　　　　　　　　　　　 　　）

6.血縁者がかかられた病気はありますか?

　 高血圧　脂質異常症　糖尿病　狭心症　心筋梗塞　がん　その他 （　　　　　　　　　　　　　）

7.喫煙したことがありますか？（現在も含め）　いいえ ・ はい　　　　　　本/日　　　　年間

8.飲酒したことがありますか？（現在も含め）　いいえ ・ はい　種類：

9.女性の方のみお答えください。　　　　　　　　　　　　　　　量：　　　ml / 週　　　回

　・現在妊娠している可能性はありますか？　　いいえ・はい・どちらともいえない

　・最終月経　　　　　月　　　日

10.上記以外に今回の受診に際してご希望がありましたらご記入ください。

　検査・処置のご希望などもご記入ください。

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター　総合病院　水戸協同病院

　体温　　　　　　℃　　　身長　　　　　cm　　体重　　　　　 kg　　意識障害　　無 ・ 有

　血圧　　　/　　　mmHg　 脈拍　　　　回/分　　呼吸数　　　回/分　　SpO2　　　　　％

　歩行　　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　　　　　　 食事　　　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

　排泄　　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　　　　　　 認知症　　無 ・ 有

　介護度　自立　　要支援（ 1 ・ 2 ）　　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）