

【内科問診票】

記入日： 年 月 日

ID：

紹介状 有 無

受付時間：

検診結果 有 無

ふりがな

氏名 _____ 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下さい

*今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？ 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.今回の受診に際して、何かご希望(検査・処置など)がありましたらご記入下さい

3.これまでに通院・入院・手術をした病気はありますか？(現在も含めて) いいえ はい

病名： _____ (歳) 病院名： _____ (入院・手術・通院中)

病名： _____ (歳) 病院名： _____ (入院・手術・通院中) 病名： _____

(歳) 病院名： _____ (入院・手術・通院中) 病名： _____ (歳)

病院名： _____ (入院・手術・通院中)

4.現在飲んでいる処方薬(市販薬、サプリメント)はありますか？ ※お薬手帳などをご提出ください

いいえ はい (_____)

5.健診や人間ドックは受けていますか？ いいえ はい (最後に受けた日： 年 月)

6.アレルギーはありますか？ いいえ はい (薬剤・食物・造影剤・花粉症・その他 _____)

7.血縁者がかかれた病気(続柄)をご記入下さい 例) 高血圧症(父・姉)

高血圧症 () 糖尿病 () 脂質異常症 () 心筋梗塞 () 脳梗塞 ()

腎臓病 () リウマチ・膠原病 () がん () その他 ()

8.喫煙歴はありますか？ いいえ はい (歳～ 歳、1日 本)

9.飲酒歴はありますか？ いいえ はい (歳～ 歳、種類： 量： ml週 日)

10.女性の方のみお答え下さい

◇妊娠中、または妊娠の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 ◇閉経年齢： _____ 歳 ◇授乳中ですか？ いいえ はい

血圧： _____ / _____ mmHg	脈拍： _____ 回/分	呼吸数： _____ 回/分
SpO2： _____ %		
体温： _____ °C	身長： _____ cm	体重： _____ kg
認知症：無 有		
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
介護度：自立 要支援(1・2)	要介護：(1・2・3・4・5)	同居家族：無 有
(_____)		