

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

(_____)