

# 内科 初診問診票

カルテ ID

年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	西暦	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 —			
電話	(自宅)	— —	(携帯)	— —

## 1. どのような症状がありますか？

- 発熱、鼻水、のどの痛み、咳、痰、腹痛、吐き気・嘔吐、下痢、便秘
- 頭痛、めまい、ふらつき、胸痛、動悸、息切れ
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 症状はいつからですか？

日付 ( \_\_\_\_\_ )、 いつからかわからない

## 3. 今までかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

- 糖尿病、高血圧、高脂血症、心疾患、胃腸疾患、肝疾患、腎疾患、肺疾患、ぜんそく
- 脳卒中、精神疾患
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 現在内服されているお薬はありますか？ (はい・いいえ) (お薬手帳があればお出しください)

薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 薬や食物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

## 6. 女性の方へ→現在妊娠されていますか？ (はい・いいえ)、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

## 7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

近所、ホームページ・インターネット、知人からの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)

家族が当院に通院している、その他 ( \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付までお声かけください。