

内科 初診問診票

ID :

記載日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	T・S・H・R	年
氏名		男・女		月	日 (
住所	〒				
電話	自宅：		携帯：		
身長		c m	体重		kg
			体温		

1、本日はどのような症状で受診されましたか？

- ☐血圧が高い ☐血糖値が高い ☐むくみがある ☐尿が気になる ☐便秘 ☐体重が増えた
☐コレステロール値が高い ☐息苦しい・息切れ ☐めまい・ふらつき
☐熱(°) ☐咳・痰 ☐吐き気 ☐鼻水・鼻づまり ☐頭痛 ☐のどの痛み
☐健康診断希望 ☐ワクチン希望 ☐その他()

2、症状はいつ頃からありますか？

3、今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？

- ☐なし ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐脂質異常症 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐喘息
☐脳卒中 ☐がん(部位:) ☐その他()

4、手術を受けたことはありますか？

- ☐
- なし
- ☐
- あり()

5、現在飲んでいるお薬はありますか？ *お薬手帳持参あればお出してください

- ☐
- なし
- ☐
- あり()

6、喫煙、飲酒について教えてください

- 喫煙：□吸わない □吸う(本/日× 年間)
 □禁煙した(年前から) それまでは喫煙(本/日× 年間)
 飲酒：□飲まない □お付き合い程度 □飲む(週 日)種類： 量：

7、食事で気になること、お悩みがあればお書きください。

栄養相談を希望される方→□

8、食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

- ☐
- なし
- ☐
- あり()

9、女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- ☐いいえ ☐はい(☐妊娠中 週目 ☐妊娠の可能性あり ☐授乳中)

10、当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ☐インターネット検索(検索ワード:) ☐ホームページ ☐看板 ☐チラシ
☐知人 ☐紹介() ☐その他()

内科 初診問診票

ID :

記載日 年 月 日

11、その他気になること、希望の検査や治療がありましたら記載をお願いします。（裏面でも可）