

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 月 日 (歳)
氏名		男・女		
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)