

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()

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）