

内 科 問 診 票

下記の表のあてはまるところに記入または○・☑のしるしをつけて下さい。

		年	月	日			
受診者 氏名		男	(T ・ S ・ H ・ R)				
連絡先(携帯番号)		女	生年月日	年	月	日	歳

体温	℃	脈拍	回/分	Spo2	%	血圧	/
----	---	----	-----	------	---	----	---

本日はどうなされましたか

1. 現在の症状を記載してください

2. この症状はいつごろからありますか？ () 日前～ () ヶ月前～
 本日検査を希望する 検査は希望しない 検査をせずに処方希望する

3. これまでにかかった病気がありましたら、病名を記載してください
 病名 () 年齢 ()

4. 日常生活についてお伺いします

① お酒は飲みますか (毎日 合 ・ 時々 ・ 飲まない)

② タバコは吸いますか 吸う (一日 本 歳から) ・ 吸わない
 吸っていた (歳) ～ (歳) (年間) 禁煙年齢 (歳)

③ 食欲はありますか (ある ・ あまりない ・ ない)

④ 排便はいかがですか _____ 日 _____ 回 (普通便 ・ 軟便 ・ 水様便 ・ 血便)

⑤ 最近体重の増減はありましたか ある (_____ ヶ月 _____ Kg) ない

⑥ 薬・食べ物などのアレルギーはありますか ある (_____) ない

⑦ 妊娠の可能性はありますか ある ・ ない

⑧ 現在飲んでいる薬はありますか ある [_____]
 ない

⑨ ここ最近渡航歴はありますか ある (国名: _____ いつ頃 _____ 月頃)
 ない