

内科問診票

年 月 日

氏名	様	歳	(男 女)			
体温	°C	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下さい

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 検査をせずに処方を希望する

3. これまでにかかった病気がありましたら、病名を記載して下さい

病名	年齢
----	----

4. 日常生活についてお伺いいたします

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 1日 本 歳から

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

()

⑨ ここ最近渡航歴はありますか？ ある(国名: いつごろ 月頃) ない