



<内科問診票>

受付時間 _____ : _____ サイン _____

ID _____ お名前 _____ ご年齢 _____ 性別 男・女
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 過去最高体重 _____ kg(_____ 年前) 体温 _____ °C

1) いつ頃からどのような症状でお困りですか。

① いつ頃から
 今日 昨日 3日前位 1週間前 10日前 2週間前 3週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前

② 症状
 (_____)

③ その症状のために他院の診察や治療を受けましたか？ はい いいえ
 「はい」の場合、病院名と診断病名を記入してください。
 病院名(_____)
 診断病名(_____)

発熱や咳、腹痛・下痢症状がある方は以下※の質問にご回答ください。

※過去1ヶ月以内に外国への渡航歴はありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、滞在した国の名前を記入してください。
 滞在国名(_____)

2) 今までに大きな病気にかかったことや、手術を受けたことがありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、何歳ごろ何の病気にかかられましたか？また、手術の病名もお分かりでしたらお答え下さい。
 何歳頃(_____)
 病 名(_____)
 手術名(_____)

3) 現在飲んでいるお薬はありますか？「はい」の場合、お薬の名前をおしえてください。 はい いいえ
 薬剤名(_____)

4) 今までに薬や注射で具合が悪くなった事や、食べ物により蕁麻疹や発赤が出たことがありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、薬と食べ物のどちらですか？
 薬 食べ物

5) 嗜好品についてお聞きします。
 タバコ 吸わない 吸う
 本数 1日1~10本 1日10~20本 1日20本~40本 1日40本以上
 喫煙歴 5年未満 10年未満 20年未満 30年未満 40年未満 40年以上
 お酒 飲まない 飲む

6) 女性の方にお聞きします。
 妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
 授乳中ですか？ はい いいえ