



< 総合診療科 問診票 >

受付時間 : サイン

フリガナ

年 月 日

ID 名前 年齢 歳 男・女

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか？

【体温： . °C】

1) いつ頃から

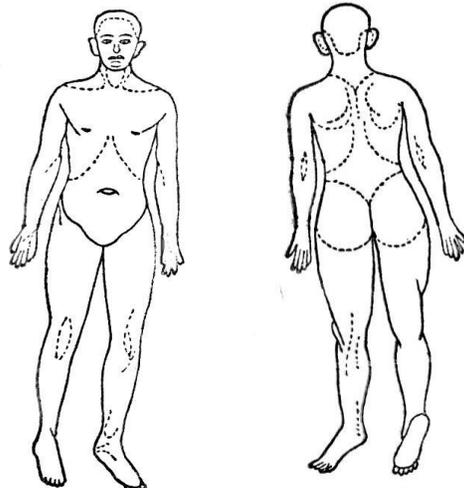
今日 昨日 その他 ()

2) どこが

右の図の該当部位に○をするか、以下の該当部位に○をつけてください。

(正面)

(背面)



全身 頭 のど 胸 みぞおち
背中 腰 おなか 足
その他 ()

3) どのような症状で

咳 痛み 痺れ 吐き気 下痢 むくみ 発疹

発熱 (最高体温 : °C 月 日 時 分)

その他 ()

4) 身長【 cm】 体重【 kg】

2 現在、内服中のお薬はありますか？【はい・いいえ】

はいの方 【手帳】：あり・なし ()

3 今まで以下の病気にかかったことはありますか？【はい・いいえ】

緑内障 高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 気管支喘息 不整脈・心臓病 脳梗塞 脳出血
腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 がん(部位) リウマチ 貧血 その他 ()

4 今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか？【はい・いいえ】

はいの方 (歳 : 部位)

5 薬や食べ物のアレルギーはありますか？【はい・いいえ】

はいの方 薬の名前： どんな症状：

食物の名前： どんな症状：

6 嗜好品についてお聞きます。

1) タバコ 【吸わない・以前吸っていた・吸う】

本数 1日 本 喫煙歴 歳 ~ 歳

2) お酒 【全く飲まない・付き合い程度飲む(時々)・習慣的に飲む(以下の質問へ)】

3) 習慣的に飲む方 お酒の種類 量 ml・合

7 女性の方にお聞きます。

妊娠中ですか？または、現在、妊娠している可能性はありますか？【はい・いいえ】

ご記入頂き、ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい。