

問診票(内科一般)

ふりがな

氏名 :

年齢 : 歳

性別 : 男・女 → 妊娠していない 妊娠中(週) 出産予定日(年 月 日)
授乳中

体温 (. °C) 体重 (. kg) 身長 (. cm)

☆医師の希望 有(医師)・無 *希望がない場合早く診られる診察室でお呼びします

どんな症状か教えて下さい。

いつから _____

どこに _____

どんな症状が _____

どんな病気を心配していますか? _____

いままでにかかったことのある病気 (○をつけて下さい)

- ・なし
- ・狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常
- ・うつ病・癌・甲状腺疾患・アレルギー (薬剤・花粉症・食物・金属・アトピー)

詳細・その他 :

治療中の薬剤名 :

ご家族の方の病気 (○をつけて下さい)

脳梗塞・くも膜下出血・心臓病 (心筋梗塞・狭心症)・高血圧・糖尿病・血液疾患
がん (部位 :)・甲状腺疾患・精神疾患・その他 ()

他院からのお薬を継続処方希望される方は、お薬手帳をお出しいただくか、内容をご記入下さい。

薬剤名 : _____

本日持参している書類(紹介状・健診結果など)がある場合は受付にお渡し下さい。

4か月以内に海外旅行に行きましたか いいえ ・ はい

(いつ : _____ どこへ : _____)