

内科問診票

氏名

受診日

下記のご質問にお答えください。

【体温 . °C】

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。 1~3日前から 1週間前から 1か月前から その他 () 前から

どのような症状ですか。

- 頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 熱
 お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢 便秘
 吐き気 嘔吐 めまい 体がだるい
 健康診断結果再検査、相談 ()
 その他の症状 ()

2.この症状で、検査や治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書きください。

3.今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

4.今までに入院した病気・けががありましたら記入してください。

()

5.現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名:

6.現在、内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

内服中のお薬: _____

7.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名: _____ 症状: _____

食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名: _____ 症状: _____

8.日常生活について、おたずねします。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1) 2) にお答えください。

1) 1日に () 本くらい 2) () 年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週 () 日 月 () 日

※「飲まれる方」は、ご記入ください。

お酒の種類:

量: _____

9. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

いいえ はい

ご記入ありがとうございます。お手数ですが、受付までご提出ください。

医療法人 清須呼吸器疾患研究会