

## 内科問診表

年 月 日

(フリガナ)

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 才  
身長 体重 ご職業  
電話：

住所〒 (携帯)

1.紹介状 あり・なし (病院名： )

2.どこがどのように具合が悪いのですか？

\* それは、いつからですか？ :

\* そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか？ (はい・いいえ)

病院名 :

病名および服用薬剤 :

3.今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？ (はい・いいえ)

4.近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか？

癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、  
腎臓病、結核、その他

5.食物や薬品のアレルギーはありますか？ ( ない・ある )

(食品、薬品名 )

6.下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

便秘： 快便 下痢 便秘 ( 日に 回)

たばこ：吸わない・吸う (1日に 本、約 年間 )

酒： 飲まない・飲む (種類： )

(量：1回 杯、 毎日 週に1~3回 月に1~3回)

7.女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない・ある

最終月経は？ ( 月 日) 閉経している

8.その他

何かご質問、ご相談はありますか？