



内科問診票

診療所使用欄
処置室 _____ ベッドで臥床中

体温	℃			
氏名	生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	□なし □ある 薬剤名()			
食物アレルギー	□なし □ある 種類()			

該当する項目に☑印を付けてください。

健康診断の二次検査 (当診療所の健康診断 他院)
今まで他の医療機関に定期的に通院していたが、今後は当診療所へ移りたい
相談したいことがある(内容)
具合が悪い⇒症状はいつ頃からですか？ _____年 _____月 _____日頃から
 どのような症状ですか。
咳 たん 喉の痛み 鼻水 熱 頭痛 胸痛 動悸 腹痛 下痢 吐き気
体重減少 その他 { }
 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？
いいえ はい 治療内容() 投薬(薬剤名)
その他 ()
 今回の症状で市販薬を服用されましたか？
いいえ はい (薬剤名)
 3ヶ月以内に渡航されましたか？ なし あり (渡航先)
 特に調べて欲しいこと、検査や治療の希望などがありましたらご記入ください。
 { }
 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい (妊娠週数 週)

余白

切り取り

該当する項目に☑印を付け、あてはまる欄をご記入ください。

現在治療している病気はありますか？
いいえ はい { }
 現在服用中のお薬はありますか？
いいえ はい { }
 ※お薬の内容が分かれば医師へお見せください。(例：お薬手帳、薬剤情報提供書、薬の現物など)
 下記の病気にかかったあるいは健診等で指摘されたことはありますか？
なし 高血圧 糖尿病 甲状腺疾患 喘息 心臓病 痛風 緑内障
脂質異常症(高脂血症) 貧血 前立腺肥大 その他()
入院歴()
 近親者(血縁者)に下記の病気の方はいらっしゃいますか？
なし 高血圧 心筋梗塞 糖尿病 脂質異常症(高脂血症)
その他
 アルコールは飲みますか？
いいえ はい (□毎日・□週 _____回 / □コップ _____杯 種類：)
 たばこは吸いますか？
吸わない 吸う _____本/日 喫煙歴 _____年
以前吸っていた _____本/日 喫煙歴 _____年

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。