

# 内科 問診票

記入日：平成 年 月 日

お名前 様 男 ・ 女 年齢 歳

1. どのような症状ですか？あてはまる症状に○をつけてください。

発熱 ・ せき ・ 痰(血痰) ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ はきけ ・ 嘔吐

下痢 ・ 便秘 ・ めまい ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 体重が減った

胸痛 ・ 腹痛 ・ 食欲がない ・ 眠れない ・ 健康診断で要受診と判定

その他

2. その症状はいつからですか？

年 月 日 時頃から

具体的に→

3. いままで大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある→

4. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある→

5. 食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある→

薬品名や症状など

6. 過去に輸血を受けたことはありますか？

ない ・ ある→

7. **女性の方**：妊娠、またはその可能性はありますか？

ない ・ ある→

8. その他、何かありましたらご記入ください。

※他院で処方されたお薬、その説明書、お薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。