

内科問診表

本日の体温	℃	記入日： 令和 年 月 日		
フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			大・昭・平・令	年 月 日
住所	〒 ー			
電話番号	自宅：	携帯：	* ご連絡可能な連絡先をご記入下さい。	
介護保険証の有無	有 ・ 無 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)			

本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものにチェックをつけてください。

- 痛い (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ())
 熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ 心臓が気になる
 胃が痛い 胃がもたれる 胃が重い 便に血が混じる 便秘 下痢 食欲低下
 尿に血が混じる 尿が近い 排尿時に痛みがある むくみ めまい・ふらつき 不眠
 皮膚のかゆみ 血圧が気になる 健康診断希望 健康診断異常
 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ ()

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり ()

現在、治療中の病気はありますか？

- なし あり ()

現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙： 吸わない 吸う (本/日 × 年間)

禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間)

飲酒： 飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

※ご協力ありがとうございました。