

問診票(一般内科)

※再診の方は氏名のみご記入下さい。(変更箇所がありましたらご記入下さい)

受診日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	西暦	年	月	日()歳
		性別	男 ・ 女			
住所	〒					
電話番号	自宅： ()		携帯： — —			

※お手数ですが該当する口に☑をお願い致します。不明点は空欄で構いません。

現在の症状を教えてください。	()
上記の症状はどこかで診断 されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →どこで()
(※女性の方のみ) 現在妊娠・授乳はされていますか？	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している 妊娠週()週 <input type="checkbox"/> 授乳中
飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ・お酒の種類 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> その他() ・量 ()L/日 ・頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に3~4回 <input type="checkbox"/> 週に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた(歳~ 歳まで) <input type="checkbox"/> 吸う ()歳頃から()本/日
家族(血縁者)にどなたか 当てはまる方はいますか？	糖尿病() 脳梗塞() 心筋梗塞() 高血圧() 高脂血症() その他()
今までかかった病気(手術歴も含む)、 または現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付にお渡し下さい。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()

裏面に続く➡

