＊必ずご記入下さい

問診票（内科）

ふりがな
受診者の氏名　　男・女　生年月日　大正 昭和 平成　年　月　日生

住所　　TEL

1. 今日はどの様な症状・ことで来られましたか？
（◯でお囲み下さい）
熱（　℃）・鼻水・のどが痛い・咳・喘鳴（ゼイゼイする）
嘔吐（吐く）・下痢・腹痛・食欲不振・眠れない・めまい
頭痛・肩こり・動悸・胸痛・全身倦怠感・手足のしびれ
健康診断・精密検査・相談・その他（　）

2．それは、いつからですか？（　）

3．今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？
ない・ある（　）

4．今、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか？
ない・ある（　）

5．薬や食べ物でアレルギーはありますか？
ない・ある（　）

6．あなたの両親、兄弟で次の病気の方はいらっしゃいますか？
高血圧・心臓病・糖尿病・癌・結核・その他（　）

7．あなたの生活習慣などについてお答え下さい。
食欲（ある・普通・ない）　便通（　回/日・軟便・便秘ぎみ）
タバコ（　本/日）　お酒（何を　どの位　／日）
妊娠中（　ヶ月）　授乳中

8．当院にこられた理由をお聞かせ下さい。
1．近くにあるから　2．家族がかかっている　3．評判をきいて
4．（　）さんの紹介　5．HPをみて　6.その他