

内科問診票

受診日 20 年 月 日 血圧 / () 体温 °C

氏名 生年月日 年 月 日 年令 歳

住所

自宅電話番号 () 緊急時電話番号 ()

携帯電話番号 ()

1、受診理由を具体的に御記入下さい。

いつから

どこが

どのように

2、過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい いいえ

はいの場合：いつ（西暦） 病名

3、現在治療中の病気がありますか？ はい いいえ

はいの場合：いつから（西暦） 病名

4、家族に何か病気の方がいますか？ はい いいえ

いらっしゃいましたらどなたか御記入下さい。

高血圧 () 高脂血症 () 糖尿病 ()

心筋梗塞 () 脳卒中 ()

癌 () その他 ()

5、薬やその他でアレルギーはありますか？ はい いいえ

はいの場合：その品名は

6、お酒を飲みますか？ はい いいえ

はいの場合： 回/週 何を どの位

7、煙草を吸いますか、または吸ったことがありますか？ はい いいえ

はいの場合： 本/日 年間 (年前より禁煙)

8、(女性の方へ) 現在妊娠していますか？ はい いいえ

いいえの場合：最終生理は 月 日 閉経は 歳

9、御職業は何ですか？ () 労働内容は？ 軽/中/重労働

10、身長は cm、体重は kg、血液型は 型

11、当院をどのように知りましたか？ ()