



ID 番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 初診 内科 問診票

お名前／漢字（ふりがな） \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（満 歳）

現住所 〒 \_\_\_\_\_ 性別：男・女

連絡先 自宅 TEL \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

携帯 TEL \_\_\_\_\_

来院時の体温

- どのような症状ですか？  
発熱 頭痛 咳嗽 咽頭痛 鼻水 倦怠感 関節痛 腹痛 吐気 嘔吐  
下痢 胃痛 胸やけ 食欲不振 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- その症状はいつ頃からですか？  
（ \_\_\_\_\_ ）
- 今現在、服用（使用）している薬はありますか？  
はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ
- 今までに薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？  
はい：薬名（ \_\_\_\_\_ ） いいえ
- 薬以外（食べ物等）のアレルギーはありますか？  
はい：具体的に（ \_\_\_\_\_ ） いいえ
- 既往歴：下記の病気にかかったことはありますか？  
喘息 肺炎 腎臓病 てんかん 心臓病 不整脈  
糖尿病 高血圧症 肝臓病 高脂血症 肝硬変  
緑内障 前立腺肥大症 脳出血 脳梗塞 痛風 がん その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 家族歴：ご家族に下記の病気にかかったことはありますか？  
脳卒中 高血圧 糖尿病 心臓病 がん その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 喫煙、飲酒について教えてください。  
喫煙： あり（1日 本 年間） なし  
禁煙した人の喫煙歴（ \_\_\_\_\_ 本/日 年間 ）  
飲酒：飲まない 飲む（1日 杯 年間 種類）（ \_\_\_\_\_ 回/週）
- 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？  
はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ
- 当院をどちらで知りましたか？  
インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他（ \_\_\_\_\_ ）