



内科問診票

受診日 年 月 日

お名前 _____ 様 性別：男・女 年齢（ ）才

1. 本日はどうされましたか？症状をお教えてください。

診察前の 新型コロナ 検査を
希望 する・ しない

診察前のインフルエンザ検査を
希望 する・ しない

※一部負担金が発生します。

2. それはいつ頃からですか？

_____ 時間位前 _____ 日位前

3. そのためにお薬を使いましたか？

- ・ はい（お薬名： _____）
- ・ いいえ

4. 現在、他院でもらって飲んでいる薬がありますか？

- ・ はい（お薬名： _____）
- ・ いいえ

5. 現在、治療中の病気があれば○をつけて下さい。またそれはいつ頃からですか？

- ・ 脳疾患（ ）（ _____ 才頃）
- ・ 腎臓病（ ）（ _____ 才頃）
- ・ 高血圧（ ）（ _____ 才頃）
- ・ 胃潰瘍（ ）（ _____ 才頃）
- ・ その他（ _____ ）（ _____ 才頃）
- ・ 肝臓病（ ）（ _____ 才頃）
- ・ 心臓病（ ）（ _____ 才頃）
- ・ 糖尿病（ ）（ _____ 才頃）
- ・ がん（ ）（ _____ 才頃）

6. 今まで薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不良等）を起こしたことがありますか？

- ・ はい（薬・食べ物の名前： _____）
- ・ いいえ

7. 過去に大きな病気にかかった、入院もしくは手術をされたことがありますか？

- ・ はい（病名： _____）（病院名： _____）
- ・ いいえ

8. お酒は飲みますか？

- ・ 飲む（種類・量： _____）
- ・ 飲まない

9. タバコは吸われますか？

- ・ 吸う（1日 _____ 本）（ _____ 歳～）
- ・ 吸わない
- ・ 今は吸っていない（ _____ 歳～ _____ 歳まで喫煙、1日 _____ 本）

10. (女性の方のみ) 現在、妊娠されていますか？

- ・ している（ _____ 何ヶ月）
- ・ していない
- ・ わからない
- ・ 最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 日間