

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？

。

新型コロナウィルス又はインフルエンザ
の方との接触はありましたか？
・はい（新型コロナ・インフル）
・いいえ

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）
- ・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