

ID : _____

令和 年 月 日

内科問診表

体温 (. 度)

フリガナ		性 別	年 齢
お名前		男 ・ 女	才
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	自宅	
住 所	〒	携帯	

※患者様よりご提供いただいた個人情報は当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

1. どうなさいましたか？ 身長：_____ c m 体重：_____ k g

いつからですか？	☐ 昨日 ☐ 2日前 ☐ 3日前 ☐ 1週間前 ☐ それより前 ()
症状は？	
かぜ症状	☐ 熱がある ☐ 喉が痛い ☐ 鼻水/鼻づまり ☐ 咳 ☐ 頭痛 ☐ 関節が痛い
頭・目	☐ 頭痛が続く ☐ めまいがする
胸・からだ	☐ 胸痛 ☐ 動悸 ☐ 息切れがする ☐ 胸の圧迫感がある ☐ 顔や体のむくみが気になる
お腹	☐ 腹痛 ☐ お腹がはる ☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲がない ☐ 血便が出た ☐ 便秘
慢性的な疾患	☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ その他 ()
その他	☐ 健診で異常を指摘された ☐ 健康診断希望 ☐ 予防接種の希望 ()

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？
☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風 ☐ 狭心症/心筋梗塞 ☐ 脳卒中
()
→治療されていますか？ ☐ していない ☐ している (医療機関名：)

3. 現次飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？ ☐ ある ☐ ない
お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。
(現在服用中の薬がある方は、お薬の名前をご記入ください。)

4. お薬や食物などでアレルギーがでたことはありますか？ ☐ ある ☐ ない
(どのようなものですか？ ☐ 食べ物 ☐ 薬)

5. 近親者（血のつながった方）に次の病気がありますか？
☐ 癌 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 肝炎
☐ 腎臓病 ☐ 結核 ☐ その他 ()

6. 喫煙/飲酒について
たばこ ☐ 吸わない ☐ 吸う (1日に 本、約 年間)
飲 酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む (種類：)
(量：1回 杯／ ☐ 毎日 ☐ 週に1～3回 ☐ 月に1～3回)

7. 最近、海外へ行かれたか？ ☐ いいえ ☐ はい (国名：)

8. 妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい