

# 《 内科問診票 》

令和 年 月 日

フリガナ				男 ・ 女	
氏名				男 ・ 女	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日生	歳
住所	〒 -				
電話番号	( ) -				
携帯電話番号	-			-	
今回の症状はいつ頃からですか？					
現在の症状に○印を付けて下さい。	発熱	咳・痰	動悸		
頭痛	咽頭痛	呼吸困難	胸痛		
頸部痛	背部痛	腹部痛	腰痛		
関節痛	吐き気・嘔吐	血尿	下痢		
便秘	血便	食欲不振	しびれ		
全身倦怠	めまい	発疹・湿疹	耳鳴り		
その他					
今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？	ない	ある			
年齢	かかった病気・うけた手術	かかった病院名			
現在何か飲んでいる薬がありますか？	ない	ある			
飲んでいる薬名	薬をもらっている病院名				
薬のアレルギーはありますか？	ない	ある			
気管支喘息	ない	ある	心臓病の家族歴	ない	ある
タバコ	吸わない		吸う・1日( )本・( )年間		
当院では臨床研究を実施しています。患者様のデータを研究に役立たせていただいてもよろしいですか？					
*個人を特定出来るようなデータ(お名前・ご住所・お電話番号など)は使用致しません。				同意する	同意しない
当院をどちらで知りましたか？	紹介 (紹介してくれた方のお名前)				
看板	電話帳	インターネット	その他		
診察前に知らせておきたい事、質問があればご記入下さい。					