

ID: \_\_\_\_\_

## 内科問診票

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
電話	( )		
携帯電話	( )		
生年月日	(昭和、平成)	年	月 日 ( ) 歳
体重	kg	身長	cm

○ 今日はどのような症状で受診されましたか？

\*いつ頃 ( ) から

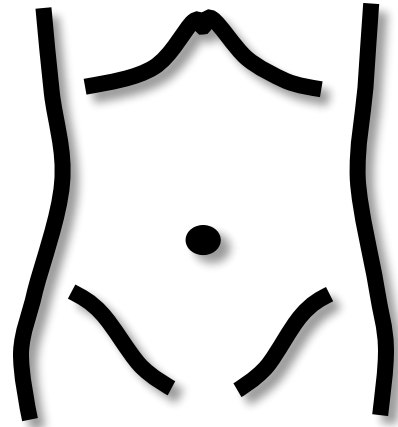
どんな症状 ( )

体温 ( °C)

\*症状のあるところに印を付けてください

\*ご希望の検査がありましたらお書きください

( )



○ これまでその症状に対して検査を受けられたことがありますか？

\*ない \*ある いつ頃 ( )、検査内容・結果 ( )

※以下の質問であてはまるものがございましたら、ご記入下さい。

○ これまでのご病気についてお聞かせください。

ない、高血圧、心臓病( )、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、その他( )

○ ご家族の方で癌の方はいらっしゃいますか？ \*いない \*いる (続柄: )

○ 過去、手術をうけたことがありますか？

\*ない \*ある (いつごろ 手術内容 )

○ 現在飲んでいるお薬はありますか？ \*ない \*ある (薬名: )

○ お薬の副作用歴、アレルギーがありますか？ \*ない \*ある (薬名: )

○ 女性の方にお伺いします。いずれかにあてはまりますか？ \*ない ・ 妊娠中 ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。