

内科問診票（初診）

ふりがな

お名前（ ） 性別 男・女

生年月日 平成 年 月 日（ 歳） 連絡先（ ）

住所（〒 ）

当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可） あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・通園施設での案内やリーフレットを見て
- ・家族が通院中
- ・知人や友人の紹介
- ・電話帳
- ・通りがかり
- ・電柱広告などを見て
- ・インターネット(PC・スマホ)
- ・他医療機関からの紹介
- ・その他

●今までにかかった病気について、あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・アレルギー疾患（ ）
- ・高血圧症
- ・糖尿病
- ・脂質代謝異常症
- ・心臓病
- ・B型肝炎
- ・C型肝炎
- ・緑内障
- ・前立腺肥大
- ・その他（ ）

●現在、定期的に内服している薬は、ありますか。

なし ・ あり 薬の名前（ ）

●入院歴、手術歴はありますか。

なし ・ あり 病名（ ） いつ頃（ ）

●アレルギーはありますか？ なし・あり・わからない

食物（ ） 薬剤（ ） その他（ ）

本日の症状についてお聞かせください。 本日の体温（ ）℃

○ 現在飲んでいるお薬はありますか。 なし・あり 薬の名前（ ）

※お薬手帳をお持ちの方は省略可。

○症状はいつからですか。

・ 今日 ・ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 4日以上前（ ）

○本日の症状は？

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 痰 ゼーゼー くしゃみ 咽頭痛

頭痛 倦怠感 腹痛 嘔吐 下痢 便秘 目やに

発疹（部位： ）

その他症状があればお書きください。

（ ）

※（女性の方のみ）妊娠中である いいえ ・ 可能性がある ・ はい（ 週目）

授乳中である いいえ ・ はい