

問 診 票

年 月 日

ふりがな

氏 名

年齢

歳

男

女

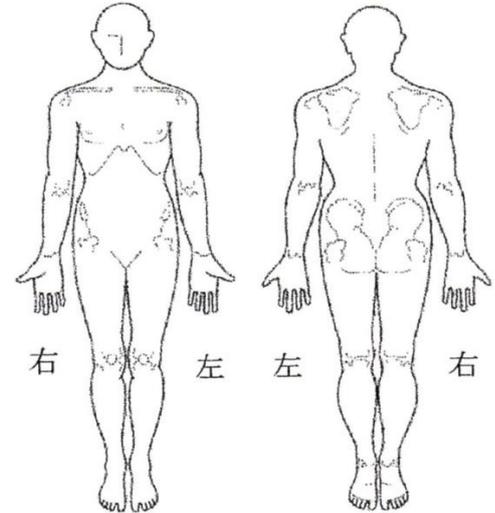
本日の体温 _____℃

■何科におかかりになりますか？（□にチェックをつけてください）

内 科 循環器内科 消化器内科 皮膚科 整形外科 神経内科

■具合の悪いところを具体的にお書きください。

（例：熱があり、頭が痛い。 例：肩が痛く、腕があがらない。）



■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい

年 月 日から

にかかっている。

■薬のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）

■食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）

■今までにかかった病気や治療中の病気があればご記入ください。

喘 息（ _____ 年 月頃） 肺 炎（ _____ 年 月頃） 結 核（ _____ 年 月頃）

高血圧（ _____ 年 月頃） 腎臓病（ _____ 年 月頃） 肝臓病（ _____ 年 月頃）

糖尿病（ _____ 年 月頃） 脳卒中（ _____ 年 月頃） 心臓病（ _____ 年 月頃）

がん病名（ _____ ）（ _____ 年 月頃） その他（ _____ ）

■現在、飲んでいる薬はありますか？

なし あり（薬品名： _____ ）

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた（1日 _____ 本、約 _____ 年間）

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

（種類： _____ 、1回 _____ 杯、 毎日 時々 月に2～3回）

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある・最終月経は？（ _____ 月 _____ 日）

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

■過去1ヶ月以内に海外から帰国された方は、その国名をお書きください

なし あり

（ _____ ）

年 月 日から 年 月 日まで渡航

*お薬手帳をお持ちの方は診察時に医師にお見せください