

# ～内科問診票～

患者ID ( )

氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  
熱 ( ) °C

① 本日受診なされた理由と症状をお書きください。

( )

症状はいつ頃からですか？

( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 頃から

② 今までに病気をしたり、健康診断で異常を指摘されたことがありますか？

ない・ある

年齢 ( ) 歳 病名 ( ) 治療内容 ( )

年齢 ( ) 歳 病名 ( ) 治療内容 ( )

年齢 ( ) 歳 病名 ( ) 治療内容 ( )

③ 現在内服しているお薬があればお書きください。

( )

④ アレルギーはありますか？ ない・ある

薬物 ( ) → 症状 ( )

薬物 ( ) → 症状 ( )

食物 ( ) → 症状 ( )

その他 ( )

⑤ ご本人、またはご家族にアレルギー疾患にかかれた方はいますか？

いいえ・はい (本人・家族)

(じんましん・アトピー性皮膚炎・喘息・花粉症・アレルギー性結膜炎・かぶれ・その他)

⑥ タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) お酒は？ (飲む・飲まない)

⑦ 当院を何で知りましたか？ ホームページ・看板・知人の紹介・通りがかり・口コミサイト  
その他 ( )

以下、女性の方のみお聞かせ下さい。

① 現在、妊娠中ですか？

いいえ・はい (妊娠 月)・授乳中・妊娠している可能性あり

② 生理についてお聞かせ下さい。

初潮は ( ) 歳 最終月経 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 から ( ) 日間

月経量 (多・中・少) 順調・不順 閉経は ( ) 歳

③ 結婚・妊娠・分娩についてお聞かせ下さい。

結婚していますか？ (はい・いいえ) 性交経験 (ある・なし) 妊娠歴 (ある・なし)

\*妊娠歴のある方のみお答え下さい。

妊娠 ( ) 回のうち・・・

出産 ( ) 回 自然流産 ( ) 回 中絶 ( ) 回 その他 ( )