

# 内科(成人)問診票

受診日 年 月 日

フリガナ お名前				才
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
〒	-			
住所				
TEL	自宅	-	-	
	携帯	-	-	
★必ずご記入をお願いします				

★お分かりになる範囲で、次の質問にお答えください(□の中に✓してください)

1. 本日はどうされましたか?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある( 日頃から。最高 °C)      | <input type="checkbox"/> 解熱剤を使用した( : 頃) |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る                   | <input type="checkbox"/> 痰が出る           |
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る                  | <input type="checkbox"/> のどが痛い          |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしている( 日頃から。 回/日くらい) | <input type="checkbox"/> 便秘である( 日くらい)   |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い                  | <input type="checkbox"/> 吐き気やおう吐がある     |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない                  | <input type="checkbox"/> 水分がとれない        |
| <input type="checkbox"/> 発疹(ブツブツ)が出ている          | <input type="checkbox"/> 頭が痛い           |
| <input type="checkbox"/> めまいがする                 | <input type="checkbox"/> その他( )         |

2. アレルギーについてお聞きます

- ・お薬や注射で発疹(ブツブツ)が出たり、気分が悪くなった事がありますか?  
 ない      ある( )
- ・食べ物で発疹(ブツブツ)が出たり、気分が悪くなった事がありますか?  
 ない      ある( )

3. 今までにかかった病気はありますか?

- ない      ある( )

4. 今までに病気やケガで手術などされたことがありますか?

- ない      ある( )

5. 現在、他院で治療中または投薬を受けていますか?

- いいえ
- はい(病名: )  
 お薬手帳またはお薬リストをお持ちでしたら、恐れ入りますがご提出ください。  
 コピーさせていただきます。尚、診療以外には使用致しません。

6. お薬についてお聞きます

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 粉薬は飲めない             | <input type="checkbox"/> 錠剤は飲めない  | <input type="checkbox"/> シロップ(水薬)は飲めない |
| <input type="checkbox"/> 熱さましが欲しい(座薬or粉or錠剤) | <input type="checkbox"/> トローチが欲しい | <input type="checkbox"/> うがい薬が欲しい      |

7. アルコール・煙草の有無についてお聞きます

- 煙草      吸う( 本/日)      吸わない      禁煙した( 前~)
- アルコール      飲む(ビール 本/日・日本酒、焼酎 合/日)      飲まない

8. 女性の方へお聞きます

- 現在、妊娠して      いない      いる( 月)      可能性がある
- 現在、授乳中である      はい      いいえ

9. その他、ご心配な事、ご相談されたい事などで記入ください。

★ご協力ありがとうございました。記入された問診票は受付窓口へお渡しく下さい。