

内科(成人)問診票

受診日 平成 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 ℃) | <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(か月) 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ご記入ください。

[]

★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。