記入日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **内 科 問 診 票** | | | |
| 氏名： | （フリガナ） | 性別： |  |
|  |
| 生年月日： | 年　　月　　日生 | 職業： |  |
| 連絡先： | （住所）  （電話）　　　　　　　　　　　　　　　／（携帯） | | |

**\*\*\*　以下の各設問に回答をお願いします。\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **現在の症状** | ※あてはまるものに○  ・発熱（　　　　　℃）　・　咳　・　痰　・　喉の痛み　・　鼻水　・　鼻づまり  ・頭痛　・　関節痛　・　腹痛　・　便秘　・　下痢　・　おう吐　・　吐き気  ・食欲不振　・　胸の痛み　・　動悸　・　息切れ　・　関節痛　・　めまい  ・ふらつく　・　体がだるい　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在治療中の病気** | なし　　・　　あり　（病名…　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **入院経験** | なし　　・　　あり　（理由…　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **手術の経験** | なし　　・　　あり　（手術名…　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在、服用中の薬** | なし　　・　　あり　（薬名・種類…　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **アレルギー症状** | なし　　・　　あり　（薬名・食物名…　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **飲酒の習慣** | なし　　・　　あり　（1日あたりの量…　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **喫煙の習慣** | なし　　・　　あり　（1日あたり…　　　　　　　　　　　　　　　　　　本　） |
| **現在、不安なこと** | なし　　・　　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

▼以下は女性の方のみご回答ください

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠の有無 | なし　　・　　あり　（妊娠　　　　　週）　・　わからない |
| 授乳の有無 | なし　　・　　あり |

当医院をどのように知りましたか？

知人や家族の紹介　・　ホームページ　・　インターネット検索　・　屋外広告　・　建物や看板を見て

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| **●●●●●内科　TEL：XXX-XXX-XXX** |