

ID

# 内科 初診問診票

ふりがな			性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名			男・女					
住所	〒							
電話	(自宅)			(携帯)				
緊急連絡先	氏名：	ご本人との関係		電話番号				
身長	cm		体重	kg		体温	℃	

1. 今日どのような症状で受診されましたか？（いつから、どこが、どんな症状）

\_\_\_\_\_

2. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

- 高血圧     糖尿病     心疾患     肝臓病     腎臓病     喘息     脳卒中     肺炎  
 がん     精神疾患     胃腸の病気

その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）（何歳ころ、何の病気で）

4. 現在内服されている薬はありますか？（はい・いいえ）（お薬手帳があればお出してください）

薬剤名【 \_\_\_\_\_ 】

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方→（何に対して、どのような症状） \_\_\_\_\_

6. たばこを吸いますか？  吸っている     過去に吸っていた     吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→（ \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで、1日 \_\_\_\_\_ 本）

7. お酒を飲みますか？  飲む     過去に飲んでいて     飲まない

「飲む・過去に飲んでいて」方→（何を： \_\_\_\_\_ 1回量： \_\_\_\_\_ 頻度： ほぼ毎日・週2~3回・月に数回）

8. 女性の方へ→ 現在妊娠されていますか？ または妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）

9. ご家族（血縁）で下記の病気の方はいますか？（はい・いいえ）《 》に關係を記入してください

がん《 》     糖尿病《 》     高血圧《 》     脂質異常症《 》     遺伝性疾患《 》

10. コロナワクチンの接種履歴はありますか？

1回目（ 月 日） 2回目（ 月 日） 3回目（ 月 日）

11. 当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

インターネット     看板広告     チラシ     知り合いから（ \_\_\_\_\_ ）     家族から

自宅が近い     他院から（ \_\_\_\_\_ ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご記入ありがとうございました。記入が終わられましたら受付までお声かけください。