

内科問診票 (HP)

年 月 日 ID

枠内 (わくない) をご記入ください。ご不明な点は、受付・看護師におたずねください。

フリガナ			男性・女性	体温	度
氏名			体重	kg	
	13歳未満の方				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢
歳					
ご住所	〒				
お電話番号	固定電話	()	携帯	()	
1.本日はどのような症状でご来院されましたか？ (具合の悪い部位と症状をご記入ください。また、症状等を下記から選んで○で囲んでください。)					
・倦怠感 (だるい) ・食事量が減少している ・胸が痛い ・睡眠時無呼吸症候群 ・腹痛 (お腹が痛い) ・胸やけ・ムカムカ ・発疹 ・検診ドックの結果について ・嘔気・気分不快 ・めまい→ぐるぐる・ふわふわ ・じんましん ・血圧が高い・低い ・嘔吐 (吐いた) ・冷や汗 ・発汗 ・帯状疱疹 ・脂質が高い・低い ・下痢 (げり) ・動悸 (胸がドキドキする) ・寝汗 ・肝機能が高い ・便秘 (べんぴ) ・胸が苦しい ・不眠 ・尿酸値が高い・低い ・食欲がない ・呼吸が苦しい ・気分の落ち込み					
2.症状はいつごろからですか？					
本日 時ごろから・昨日 時ごろから・2~3日前から・1週間前から・年 月頃から					
3.今までにかかったご病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある→下の枠内の当てはまるものに○と年齢をお願いします					
・糖尿病 (歳) ・高血圧 (歳) ・高脂血症 (歳) ・高尿酸血症 (歳) ・狭心症 (歳) ・心筋梗塞 (歳) ・腎臓病 (歳) ・肝臓病 (歳) ・胃潰瘍 (歳) ・脳梗塞 (歳) ・緑内障 (歳) ・白内障 (歳) ・前立腺肥大症 (歳) ・前立腺炎 (歳) ・尿管結石 (歳) ・がん (歳) 部位→					
その他					
4.今までに手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある→下の枠に年齢とご病気名と内容をお願いします					
() 歳→					
5.現在内服しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある→下の枠に内服しているお薬をご記入ください。お薬手帳があればご提出ください。					
()					
6.今までに、お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある→下の枠に内容をご記入ください					
()					