

内科問診票

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 才 _____

1) 今日は、どのような症状で受診されましたか

2) その症状は、いつ頃からありますか

3) 医師に診てもらいたい体の部位はどこですか。あてはまるものに○をつけて下さい

二次健診（健診で指摘） ・ 内視鏡検査希望 ・ 画像検査（CT・超音波など）希望
頭 ・ 首 ・ 甲状腺 ・ 肩 ・ 気管（支） ・ 肺 ・ 心臓 ・ 胃腸 ・ 肝臓
胆嚢 ・ 膵臓 ・ 手足 ・ インフルエンザなどの流行性感染症
その他（ _____ ）

4) 今日は、飲食をしていますか（ はい ・ いいえ ）

<はいと答えた方のみ、お答え下さい>

食べた（何時頃に何を食べましたか： _____ ）

飲んだ（何時頃に何を飲みましたか： _____ ）

5) 次の質問にお答え下さい

定期的に排便がありますか（ はい ・ いいえ ）

食欲はありますか（ はい ・ いいえ ）

*女性のみお答え下さい 最終月経をお答え下さい（ 年 月 日）

妊娠の可能性はありますか（ はい ・ いいえ ）

6) 現在、治療中の病気はありますか（ 病名： _____ 病院名 _____ ）

7) 現在、飲んでいるお薬はありますか（ はい ・ いいえ ）

*お薬手帳をお持ちの方は、受付職員へ提示下さい

8) 今までに手術や入院をしたことがありますか（ はい ・ いいえ ）

<はいと答えた方のみ、その時の年齢と病名についてご記入下さい>

9) アルコールは飲まれますか（ はい（ _____ ）合・本・杯/日 ・ いいえ ）

10) たばこは吸われますか（ はい（ _____ ）本/日 ・ いいえ ）

11) 今までに薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか（ はい ・ いいえ ）

<はいと答えた方のみ、何が原因で起こしたかご記入下さい>

12) 当院は予約外来を行っていますが、次回の来院に際して希望の曜日がありますか

はい（ _____ ）曜日 ・ いいえ

13) 希望の先生はありますか

はい（ _____ ）先生 ・ いいえ