

# ① 内科問診票

(紹介状) 無・有 (フィルム・CD-R) 無・有 / (返却不要・要) (ADL) 独歩・車椅子  
記入年月日 年 月 日 ※体温・血圧・脈拍は当日内科受付で記入します。  
(氏名) (年齢) 才 (ID) 受付No.  
\_\_\_\_\_  
(体温) °C (脈拍) 回/分  
\_\_\_\_\_  
(性別) 男・女 (身長) cm (体重) kg (血圧) / (SpO2) %~ %

## ① どんな症状ですか？ あてはまるものを○で囲んでください。(複数可)

定期検査 (前回 年 月) 発熱 ( °C)  
健診異常で自覚症状 (なし・あり) 腹痛 (左・右 / へその上 ・ へその下)  
胸の痛み (常に・ 分続く・時々) お腹がはる  
胸の痛む場所は (右・左) 食欲不振  
動悸・ドキドキ (常に・ 分続く・時々) 胸やけ・胃もたれ・吐き気  
息苦しさ おう吐 ( 日前~ 回数 回)  
せき (特に夜間・昼間・常に) 下痢 (水様便・泥状便 )  
たん (血が混じる・黄色・黄緑・ ) 便秘 (最終排便 日前)  
頭痛 便に血が混じる (血の量は 多い ・ 少ない)  
だるさ・倦怠感 体重変化 ( ヶ月で kg 増・減)  
その他 ( )

## ② いつ頃から症状がありますか？

年 月 日 午前・午後 : 頃

## ③ 大きな病気をしたことがありますか？

(なし・あり) ↓ 「あり」の方はご記入下さい。

病名	年齢	手術	病院
[ ]	[ ]才	無・有	[ ]
[ ]	[ ]才	無・有	[ ]
[ ]	[ ]才	無・有	[ ]

## ④ 今飲まれているお薬はありますか？

(なし・あり) ↓ 「あり」の方はお薬手帳を提示下さい。お持ちでない方はご記入下さい。

病名又はお薬の名前	病院
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]

## ⑤ アレルギーや、お薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？

(なし・あり) ↓ 「あり」の方は詳細記入下さい。 例：○○で湿疹 △△で吐き気  
( )

## ⑥ たばこを吸いますか？

(吸わない・禁煙した・吸う) ↓ 「禁煙した・吸う」の方は詳細記入下さい。

1日 本を 年間 又は 年前禁煙 (以前は1日 本を 年間)

## ⑦ お酒を飲みますか？

(飲まない・機会飲酒・飲む) ↓ 「飲む」の方は詳細記入下さい。

1日量は 日本酒 ( 合) 焼酎 ( 合) ウイスキー ( 合) ビール ( ml)

## ⑧ ご家族で右記病気の方はおられますか？ (心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病・リウマチ・癌・肝炎・高血圧)

(いない・わからない・いる) 誰が ( ) 何の病気 ( )  
誰が ( ) 何の病気 ( )

## ⑨ 本日朝食は？ (食べていない・食べた 時頃)

## ⑩ 女性のみ 現在妊娠の可能性はありますか？ (なし・あり (最終月経 月 日))



\* 0 1 0 6 0 1 0 0 0 2 7 0 1 \*

ご協力ありがとうございました。