

# 内科問診表

受診日

体温 \_\_\_\_\_ °C

ID \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	
自宅電話		
携帯電話	身長	cm 体重 Kg

\*\*\*\*\* 1か月以内に海外への渡航歴、新型コロナウイルス感染症患者との接触はありますか？ \*\*\*\*\*

ない・ある 具体的に:

◇今日はどうなさいましたか？ いつ頃からどのような症状がありますか？

◇今回の症状・病気について、別の病院で診察を受けましたか？

ない・ある

病院名/診療科

病名

治療内容

◇現在、内服中のお薬、サプリメントはありますか？（お薬手帳をお持ちの方はご準備ください）

ない・ある （例 50歳 高脂血症 クレストール）

歳	病名	内服薬
歳	病名	内服薬
歳	病名	内服薬
歳	病名	内服薬

◇今までにかかった病気、手術がありますか？

ない・ある （例； 65歳 心筋梗塞 カテーテル治療）

歳	病名	治療法
歳	病名	治療法
歳	病名	治療法
歳	病名	治療法

（裏面もご記入下さい）

◇アレルギーはありますか？

ない ・ ある

食物

薬

ヨード造影剤

◇タバコを吸いますか？

- ① 現在吸っている 1日 ( ) 本、 ( ) 歳から  
② 過去に吸っていた 1日 ( ) 本、 ( ) 歳～( ) 歳まで  
③ 全く吸わない

◇アルコールは飲みますか？

- ① 飲む ・週に ( ) 日、 何をどのくらい ( )  
・飲むと赤くなりますか？ 昔は赤くなりましたか？ いいえ ・ はい  
② 飲まない

◇血縁者に下記のご病気の方はいますか？

いない ・ いる (下記もご記入ください。 例： 高血圧：父、祖母 )

・高血圧 :

・糖尿病 :

・高脂血症 :

・がん :

◇女性の方はお答えください

最終月経 ( ) 月 ( ) 日 ～ ( ) 月 ( ) 日  
閉経後 ( ) 歳  
妊娠中 ( ) 週

◇当クリニックを知ったきっかけ、選んだ理由を教えてください(複数回答可)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介   | <input type="checkbox"/> 内視鏡検査で静脈麻酔をつかってくれるから |
| <input type="checkbox"/> 新聞広告        | <input type="checkbox"/> 内視鏡の検査実績が豊富だから       |
| <input type="checkbox"/> インターネット     | <input type="checkbox"/> 女性医師だから              |
| <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ     | <input type="checkbox"/> その他 ( )              |
| <input type="checkbox"/> 友人、知人、家族の勧め |   |

ご記入ありがとうございました。  
お手数ですが、受付にお渡してください。