

# 内科問診票

診療日 年 月 日

【お名前】 \_\_\_\_\_ 【性別】 男・女 体温 ( \_\_\_\_\_ °C)

【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 酸素飽和度 ( \_\_\_\_\_ %)

1, いつから、どのような症状ですか? あてはまるところにシ点をつけてください。

今日  昨日  2日前  3日前  1週間前  それより前

熱がある  喉が痛い  咳  痰  鼻水/鼻づまり

頭が痛い  めまいがする  ふらつく  胸が痛い

胸の圧迫感がある  胸がドキドキする  息苦しい  お腹が痛い

食欲がない  吐き気  おう吐  下痢  便秘

健康診断で異常を指摘された

その他の症状 [ \_\_\_\_\_ ]

2, 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか? あり・なし

『あり』の方は、当てはまるところにシ点をつけてください。

高血圧症  高脂血症  糖尿病  脳こうそく  心筋こうそく

狭心症  ぜんそく  骨折  その他 [ \_\_\_\_\_ ]

3, 今までに入院や手術をしたことがありますか? あり・なし

『あり』の方は、いつ頃どのような病気で入院・手術をしましたか?

(病院名が分かれば教えてください) \*輸血したことが あり・なし

4, 現在飲んでいるお薬はありますか? あり・なし

5, おくすりや食べ物などのアレルギーはありますか? あり・なし

『あり』の方は、どのようなアレルギーですか?

[ \_\_\_\_\_ ]

6, 生活習慣について。

【お酒】  飲む 1日 杯  飲まない

【タバコ】  吸う 1日 本  やめた  吸わない

7, 万が一、悪性腫瘍の場合はご本人への告知を希望されますか? はい・いいえ

8, 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性 あり・なし 『あり』の方→妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

授乳中ですか? はい・いいえ