

内科問診票

患者番号【 】 氏名【 】 性別【 男 / 女 】

① 本日希望される医師はいますか？ 住所【 】

<input type="text"/>	先生
----------------------	----

③ 身長・体重（自己申告可）

身長	c m
体重	k g

④ 半年以内の渡航歴はありますか？

➡ ない ある（国名： ）（期間： ）

② 現在の血圧、体温を測って記入願います。	
★血圧	★体温
最高血圧【 】	【 度】
最低血圧【 】	※窓口に体温計あります
脈拍【 】	

⑤ いつから、どのような症状ですか？（具体的教えてください。）

⑥ 現在、治療中の病気がある方はチェック願います。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症（痛風）
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血	
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	
<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ	
<input type="checkbox"/> 上記以外					

⑦ 過去に手術および既に治っている病気はありますか？チェック願います。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（あると答えた方は具体的に教えてください。）
いつごろ	病名

⑧ 飲んでいられるお薬はありますか？チェック願います。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（あると答えた方は具体的に教えてください。）
-----------------------------	---

⑨ お薬（飲み薬・注射）／食べ物でアレルギーはありますか？チェック願います。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（あると答えた方は具体的に教えてください。）
-----------------------------	---

⑩ 生活習慣についてお尋ねします。チェック願います。

★お酒 飲まない 飲む（1日当たり： ）

★たばこ 吸わない 吸う（1日 本 才から ）

禁煙した（ 年前から）

⑪ 女性の方へお尋ねします。該当する箇所にチェック願います。

★妊娠の有無 ない ある（ 週） ★授乳中ですか いいえ はい