

# 内科 患者問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
名前	男・女	電話	
住所	〒 —	携帯	

体重: \_\_\_\_\_ kg

## ◆診療の参考にしますので、☑またはご記入お願いします◆

①本日受診されたお困りの症状に☑をお付け下さい。

- 発熱 ( \_\_\_\_\_ °C)、 咳 鼻 のど痛 頭痛  
腹痛 嘔吐 下痢 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
\*いつ頃からですか? ( \_\_\_\_\_ )

②現在、服用中の薬は?

- ない  
ある → ( \_\_\_\_\_ )

③これまでに次の病気にかかったことがありますか?

- 特にない  
ある → 下記の項目に☑もしくは記入してください  
喘息 じんましんなどのアレルギー疾患 心臓病 高血圧  
腎臓病 肝臓病 糖尿病 肺炎  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

④これまで、重大な病気や手術で入院したことがありますか?

- ない  
ある → ( \_\_\_\_\_ )歳頃に、(病名: \_\_\_\_\_ )で( \_\_\_\_\_ )病院に入院

⑤これまで、ぜんそくやアトピーと言われたことがありますか?

- ない  
ある → 原因となるものがわかれば記入してください ( \_\_\_\_\_ )

⑥これまで、薬や食べ物に対するアレルギー(じんましんが出た、気分が悪くなった等)がありましたか?

- ない  
ある → ( \_\_\_\_\_ )

⑦家族で重大な病気や慢性の病気にかかった人がいますか?

- いない  
いる → 【誰: \_\_\_\_\_ 】が ( \_\_\_\_\_ )

⑧生活習慣についてお伺いします。

- \*タバコ → 吸わない 1日( \_\_\_\_\_ )本  
\*ビール → 飲まない 1日( \_\_\_\_\_ )本  
\*お酒 → 飲まない 1日( \_\_\_\_\_ )合

⑨【女性の方のみ】現在、妊娠中ですか?

- いいえ  
はい → 妊娠( \_\_\_\_\_ )週

⑩【女性の方のみ】現在、授乳中ですか?

- いいえ  
はい

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当医院での診療以外には使用いたしません。

玉田医院