

# 内科問診票

来院日

フリガナ		年齢	職業	身長:	cm
氏名				体重:	kg
				体温:	℃

下記の質問にお答え下さい。(該当する項目に記入、もしくは○をつけて下さい。)

<b>1. 今回どのような症状で受診されますか。</b> 発熱 (本日の自宅での体温      ℃ ・ 最も高かった体温      月      日      ℃) ・ 咳 ・ 痰 ・ 味覚がわか のどの痛み ・ 息苦しさ ・ 倦怠感 ・ 比較的軽いかぜ症状の持続 ・ 排尿時痛 ・ 残尿感 ・ 腫瘍(しこり) 頭痛 ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 関節痛 ・ 背部痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹満感 ・ 下痢 ・ 便秘 健康診断又は人間ドックで精密検査が必要と言われた( 当院 ・ 他院※ ) ※他院で受けられた方は、 何の精密検査ですか。(      ) 検査結果も提出して下さい。 その他 (      )					
<b>2. その症状はいつ頃から起こりましたか。</b> 月      日頃から					
<b>3. 同じ症状で他院にかかりましたか。</b> (いつ:      病名:      )				はい	いいえ
<b>4. 現在までに何か大きな病気で治療を受けたことはありますか。</b> (該当に○をつけて下さい。) 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 甲状腺 ・ 膠原病 ・ がん 緑内障 ・ ペースメーカー ・ 肺疾患(喘息・肺気腫・肺結核・じん肺など) ・ 精神疾患 その他(      )				はい	いいえ
<b>5. 現在までに何か手術を受けたことはありますか。</b> (いつ:      病名:      )				はい	いいえ
<b>6. 現在飲んでいる薬はありますか。</b> 「薬の名前      」				はい	いいえ
<b>7. お酒はどのくらい飲まれますか。</b> (頻度:      回/週)(種類:      )(量:      ml)				はい	いいえ
<b>8. タバコは吸いますか。</b> (1日      本      年間) ※「いいえ」の方→以前喫煙していた場合(      歳から      歳まで1日      本喫煙)				はい	いいえ
<b>9. 現在、妊娠中ですか。又は妊娠の可能性はありますか。</b>				はい	いいえ
<b>10. 現在、授乳中ですか。</b>				はい	いいえ
<b>11. ここ6か月以内に渡航歴・国内での移動歴はありますか。</b> →はいの方      どちらに行かれましたか。 月      日      ~      月      日 (      )				はい	いいえ
<b>12. 感染症であると確定した方、疑われる方との接触歴はありますか。</b> ※「はい」の方→該当に○をつけてください      ※それはいつ頃ですか      月      日頃 新型コロナウイルス感染症 ・ インフルエンザ ・ 感染性胃腸炎 ・ その他(      )				はい	いいえ
<b>13. ご家族※に次の病歴はありますか。</b> (該当に○をつけて下さい。) 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ がん ・ 遺伝性疾患(      ) ※血縁関係にある者(続柄:      )				はい	いいえ
<b>14. 現在までに薬剤や食物、花粉などで、アレルギー症状(発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど)が                  起こったことはありますか。</b>					
<b>【薬剤】</b>	はい →	→医師の診断が	薬剤名:	症 状:	
	いいえ	(ある・ない)			
<b>【食物】</b>	はい →	→医師の診断が	食物名:	症 状:	
	いいえ	(ある・ない)			
<b>【その他】</b>	はい →	→医師の診断が	その他:	症 状:	
	いいえ	(ある・ない)			