

# 内科問診票

来院日 年 月 日

|      |  |     |    |    |     |    |
|------|--|-----|----|----|-----|----|
| フリガナ |  | 性別  | 年齢 | 職業 | 身長: | cm |
| 氏名   |  | 男・女 |    |    | 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><br>発熱 (本日の自宅での体温 ℃ ・ 最も高かった体温 月 日 ℃) ・ 咳 ・ 痰 ・ 味覚がわからない<br>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 ・ 腫瘤(しこり)<br>頭痛 ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 関節痛 ・ 背部痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹満感 ・ 下痢 ・ 便秘<br>健康診断又は人間ドックで精密検査が必要と言われた<br>何の精密検査ですか。( )<br>その他 ( ) |      |         |      |      |    |     |
| <b>2. その症状はいつ頃から起こりましたか。</b><br>月 日頃から  |      |         |      |      |    |     |
| <b>3. 同じ症状で他院にかかりましたか。</b><br>(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。)<br>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<br>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<br>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><br>(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><br>[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: n  |      |         |      |      | はい | いいえ |
| <b>8. タバコは吸いますか。</b> (1日 本 年間)<br>※「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><br>→はいの方 どちらに行かれましたか。<br>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><br>※「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<br>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。)<br>糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ がん ・ 遺伝性疾患( )<br>※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) |      |      |    |     |