内 科 問診票

下記の表のあてはまるところに記入または〇・☑のしるしをつけて下さい。			年　　月　　日
受診者　氏名		男・女	（ T ・ S ・ H ・ R ）
連絡先（携帯番号）			生年月日　　年　　月　　日　　歳

体温　　℃	脈拍　　回／分	Spo2　　%	血圧　　／

本日はどうなされましたか

1. 現在の症状を記載してください

2. この症状はいつごろからありますか？　（　　）日前～　（　　）ヶ月前～

□本日検査を希望する　□検査は希望しない　□検査をせずに処方を希望する

3. これまでにかかった病気がありましたら、病名を記載してください

病名（　　）　年齢（　　）

4. 日常生活についてお伺いします

①お酒は飲みますか　（ 毎日　合 ・ 時々 ・ 飲まない ）

②タバコは吸いますか　（ 一日　本　歳から ）

③食欲はありますか　（ ある ・ あまりない ・ ない ）

④排便はいかがですか　日　回（ 普通便 ・ 軟便 ・ 水様便 ・ 血便 ）

⑤最近体重の増減はありましたか　ある（　ヶ月　Kg ）　ない

⑥薬・食べ物などのアレルギーはありますか　ある（　　）　ない

⑦妊娠の可能性はありますか　ある ・ ない

⑧現在飲んでいる薬はありますか　ある［　　］

ない

⑨ここ最近渡航歴はありますか　ある（国名：　いつ頃　月頃）　ない