診察券番号(わかる方はご記入ください)

KEYAKI CLINIC 190408 作成

問　診　票（内科）

ふりがな	男 女	生年月日 年　月　日 才
御名前		
御住所　〒 TEL（日中に連絡のつきやすい電話番号）　－　－		

体温 ＿＿＿＿＿＿＿＿℃

◆お困りのことを教えてください。

□発熱　□鼻汁　□咳　□痰　□くしゃみ　□のど痛
□動悸・息切れ　□胸痛　□頭痛　□関節痛　□しびれ　□めまい
□便秘　□下痢　□吐き気　□腹痛　□体重減少　□倦怠感
□排尿時痛　□頻尿　□むくみ
□花粉症　□糖尿病　□高血圧　□健診結果の相談
□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆いつからですか？

□本日から　□昨日から　□＿＿＿＿日前から　□＿＿＿＿週前から
□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症　□狭心症　□心筋梗塞　□がん
□気管支喘息　□胃潰瘍　□前立腺肥大　□緑内障　□白内障
□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ほかの医療機関にかかっていますか？　（医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

◆いま服用しているお薬はありますか？　□無　□有（お薬手帳をご準備ください）

◆かかりつけ薬局はありますか？

□無　□有：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆アレルギーはありますか？

□薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□食物：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□花粉症　□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆たばこ　□吸ったことがない
□吸っていた・吸う：1日約＿＿＿＿本　喫煙年数＿＿＿＿年

◆アルコール　□飲まない　□機会があれば　□週 2-3 日　□毎日

◇女性の方のみにお聞きします。

□妊娠中：＿＿＿＿週　□授乳中　□妊娠している可能性がある

＊この問診票は診察目的に使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。　院長