

内科初診問診票



【記入日： 年 月 日】

フリガナ		年齢	歳	生年月日	年 月 日
お名前		ご職業			
ご住所	〒				
電話番号		携帯電話			

ご家族で当院がかかりつけの方はいらっしゃいますか？	いいえ	はい	→
当院をご紹介くださった方はいらっしゃいますか？	いいえ	はい	→

1	いつ頃からどのような症状でお困りですか？／相談内容は何ですか？

2	現在治療中・経過観察中の疾病、健康診断で要指導・要治療の指摘はありますか？			
	<table border="1"> <tr> <td>ない</td> <td>ある</td> <td>→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

3	いつものんでいるお薬はありますか？			
	<table border="1"> <tr> <td>ない</td> <td>ある</td> <td>→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

4	いままでに手術をしたことがありますか？ 過去に入院・通院を必要とした疾病はありますか？			
	<table border="1"> <tr> <td>ない</td> <td>ある</td> <td>→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

5	輸血したことはありますか？				
	<table border="1"> <tr> <td>ない</td> <td>ある</td> <td>→何歳のとき</td> <td>必要だった理由</td> </tr> </table>	ない	ある	→何歳のとき	必要だった理由
ない	ある	→何歳のとき	必要だった理由		

6	薬の副作用や食物アレルギーを経験したことがありますか？			
	<table border="1"> <tr> <td>ない</td> <td>ある</td> <td>→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

7	たばこを吸いますか？	お酒を飲みますか？						
	<table border="1"> <tr> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td>→ (1日 本くらい)</td> </tr> </table>	いいえ	はい	→ (1日 本くらい)	<table border="1"> <tr> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td>→ (ほとんど毎日 ときどき つきあい程度)</td> </tr> </table>	いいえ	はい	→ (ほとんど毎日 ときどき つきあい程度)
いいえ	はい	→ (1日 本くらい)						
いいえ	はい	→ (ほとんど毎日 ときどき つきあい程度)						

8	血縁者(祖父母・両親・兄弟・子供)に次のような病気はありますか？(亡くなった方も)
	癌 高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 結核 喘息 その他 ()

9	検査や治療、検査結果の説明についてご希望がございましたらお書きください。