

内科疾患 問診票

| | | | | | | | |
|------|---|------|----------|-----------|---|----|---|
| フリガナ | | 男・女 | S/H | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 氏名 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | 自宅 携帯 | 緊急 連絡先 | | | |
| | | | | 続柄 | | | |
| | ℃ | 受診日： | 年 | 月 | 日 | ID | |

◆今日はどのような事でいらっしゃいましたか？

あてはまる症状にチェックを付けて下さい。(主たるものには◎をお願いします。)

- 全身症状：体がだるい 発熱 頭痛 咳 鼻水 喉の痛み
むくみ 発疹 体重減少 ふらつき
- 腹部：腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 血便
- 胸部：息切れ 動悸 胸痛
- 検診：胸部(肺) 胃 大腸 乳腺 前立腺

※できるだけ詳しくご記入ください

◆症状はいつ頃から？ _____ 日前/ _____ 週間前/ _____ か月前/ _____ 月 _____ 日

◆現在治療中の病気はありますか？ なし

- 高血圧 高コレステロール血症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 喘息
- 狭心症や心筋梗塞 不整脈 脳出血・脳梗塞 緑内障
- 男性のみ 前立腺肥大
- 女性のみ 妊娠あるいはその可能性(女性) 授乳中である

手術歴があればご記載ください。

◆血をサラサラにする薬を内服されていますか？ いいえ はい

◆通院している医療機関はありますか？ _____

◆薬や注射または食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ

はい〔薬 _____ 〕〔食べ物 _____ 〕

◆血縁のある方ががんや心臓病、糖尿病の方はいますか？ _____

◆タバコは吸いますか？ (兼：内視鏡問診)

- 吸っている (_____ 歳から。一日 _____ 本) 吸っていたがやめた
- 吸わない

◆お酒は飲みますか？ (兼：内視鏡問診)

- 週に3日以上 週に2日以下、月3日以上 宴会などの機会に
- 今は飲まないが、昔は週に3日以上飲んでた 飲まない