



内科問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日はどうような症状でこられましたか？

2. 症状はいつ頃からですか？

3. 過去に治療した病気または現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

⇒ 「はい」と答えた方、あてはまるものがあれば してください。

- 高血圧 コレステロールが高い 糖尿病 脳卒中 心臓病
 腎臓病 喘息(小児期含めて) 膠原病 うつ病

その他病気があれば、病気を発病した年齢と病名を教えてください。

4. 現在内服しているお薬やサプリメントはありますか？

(いいえ・はい⇒薬名： _____)

5. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

(いいえ・はい⇒ _____)

6. 生活習慣について教えてください

タバコ (吸ったことがない・吸っていたがやめた・吸っている (_____ 歳から 1 日 _____ 本程度))

アルコール (飲まない・時々・飲む⇒どんな種類をどれくらい _____)

睡眠 1 日の睡眠時間 約 _____ 時間

運動習慣 (なし・あり⇒ 毎日・週 _____ 回・月 _____ 回)

7. (女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない・わからない)

8. その他気になることがあれば記載してください。