

内科問診票

お薬手帳は受付にご提示下さい

年 月 日 妊・授

ふりがな		生年月日
お名前	男 女	年 月 日 (歳)
住所	〒	
電話番号 ()	携帯電話	()
12歳以下の方：体重 kg ご希望のお薬の形状に○印を。錠剤・粉・シロップ・どれでも可		

■本日はどのような症状で受診されますか？ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？ 本日の体温 °C

■いつからですか？ 月 日 午前/午後 時頃より

■3週間以内に渡航歴はありますか なし・あり (/ ~ / 国：)

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日から にかかっている

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを () にご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 喘息 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 肺炎 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 結核 (歳頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (歳頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (歳頃)	<input type="checkbox"/> がん (癌 歳頃)
<input type="checkbox"/> 心臓病 (歳頃)	<input type="checkbox"/> その他 (病名：)	

■今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名： _____

いつ頃： _____

■現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり 薬品名： _____

※血液サラサラの薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい

■アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入して下さい。

薬品	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
食べ物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

アルコール 飲まない 飲む (種類： 1回 杯、毎日 時々 月2-3回)

■女性の方へ

現在妊娠していますか？ いいえ はい (カ月) 可能性あり

はいの方 最終月経： 年 月 日 ~ 年 月 日

授乳中ですか？ いいえ はい

■個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書はご希望されますか？ いいえ はい