

内科問診票

ふりがな 氏名	男・女	歳	職業
(郵便番号 —) 住所:			
電話	携帯電話		
身長	c m・体重	k g	既婚・未婚
子供		人	
当院を何でお知りになりましたか? 近所・インターネット・知人の紹介 ()・その他 ()			

1、どのような症状ですか?あてはまる症状に○をつけて下さい。

発熱 ・ せき ・ 痰(血痰) ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ はきけ ・ 嘔吐
下痢 ・ 便秘 ・ めまい ・ むくみ ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 体重が減った
ダイエット ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 食欲が無い ・ 眠れない ・ 健康診断で要受診と判断

その他 ()

2、その症状はいつ頃からですか? (年 月 日 時頃から)

具体的に ()

3、いままでに大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか?

ない ・ ある→ ()

4、現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか?

ない ・ ある→ ()

5、現在、内服している薬はありますか?

ない ・ ある 薬名 ()

6、食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか?

ない ・ ある→ ()

7、過去に輸血を受けたことはありますか?

ない ・ ある→ ()

8、漢方治療のご希望がありますか。

はい ・ いいえ ・ どちらでも

9、粉薬は服用できますか?

はい ・ いいえ

10、妊娠していますか?

はい (月) ・ いいえ ・ わからない ・ 妊娠予定がある

*他院で処方されたお薬・その説明書・お薬手帳などをお持ちでしたら、初診時にお出してください。

うえだ皮膚科内科