

# 内科 問診票

記入日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ ( )歳 男・女  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

紹介状	あり・なし
フィルム等	あり・なし

希望される医師はいますか？ はい： \_\_\_\_\_ 先生・いいえ

## 1. どのような症状で来院されましたか？

年 月 日頃から

【 症状 】 熱がある( \_\_\_\_\_ ℃)・のどが痛い・鼻水・鼻づまり・咳・たん・頭痛・関節痛・めまい・脱力感  
胸痛・動悸・息切れ・胸の圧迫感・痰に血が混じる・浮腫(顔面・手・足・体)  
しびれ(部位： \_\_\_\_\_)・お腹が張る・吐き気・嘔吐( \_\_\_\_\_ 回)・便秘( \_\_\_\_\_ 日)・下痢( \_\_\_\_\_ 回)  
食欲がない・その他( \_\_\_\_\_ )

【 その他 】 ・健診で異常を指摘された (健診結果書類をお持ちですか？ → はい・いいえ)

内容： \_\_\_\_\_

・予防接種の希望 (インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン、その他： \_\_\_\_\_ )

## 2. どのような治療を希望されますか？

診察・薬・検査・注射・診断書・その他( \_\_\_\_\_ )

## 3. それらの症状に対して治療したことはありますか？

いいえ・はい → 病院名・施設名( \_\_\_\_\_ )

検査→(血液検査・レントゲン・CT・エコー・心電図・その他： \_\_\_\_\_ )

治療→(内服薬・点滴・内視鏡・カテーテル治療・その他： \_\_\_\_\_ )

## 4. 今までにかかった病気を教えて下さい。

高血圧( \_\_\_\_\_ 才頃)・糖尿病( \_\_\_\_\_ 才頃)・心臓病( \_\_\_\_\_ 才頃)・脳卒中( \_\_\_\_\_ 才頃)・腎臓病( \_\_\_\_\_ 才頃)  
喘息( \_\_\_\_\_ 才頃)・肺疾患( \_\_\_\_\_ 才頃)・消化器疾患( \_\_\_\_\_ 才頃)・がん( \_\_\_\_\_ 才頃)・緑内障( \_\_\_\_\_ 才頃)  
その他( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 才頃 )

\*お薬の情報はありますか？(お薬手帳など)(はい・いいえ)

## 5. 以下の質問にお答えください。

・アルコールを飲みますか？ → 毎日( \_\_\_\_\_ 合)・時々飲む( \_\_\_\_\_ 日/週、 \_\_\_\_\_ 合)・やめた・飲まない

・タバコを吸いますか？ → いいえ・はい( \_\_\_\_\_ 本/日 約 \_\_\_\_\_ 年)・やめた( \_\_\_\_\_ 年前)

・睡眠について → 良好・普通・不良

・食欲について → 良好・普通・不良

・最近2か月以内の渡航歴はありますか？ → いいえ・はい(いつ頃： \_\_\_\_\_ /国名 \_\_\_\_\_ )

## 6. 食物や薬品のアレルギーはありますか？ → ない・ある(食品： \_\_\_\_\_ 薬品： \_\_\_\_\_ )

## 7. 女性の方へ

・妊娠している可能性はありますか？  
ない・わからない・ある( \_\_\_\_\_ ヶ月)

・月経について  
順調・不順・閉経した・初潮前

## 8. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

近所に在住・他の医療機関からの紹介・知人の紹介  
ホームページやインターネット検索・その他( \_\_\_\_\_ )

看護師記入欄
来院時：車いす・ストレッチャー

平成25年4月改正