

内科問診票

受診日 平成 年 月 日

お名前 _____

年齢 _____ 歳

ご住所 _____

電話番号（携帯可） _____

◎今日はどうな症状で受診されますか？

・いつからですか？（ _____ ）

・どのような症状ですか？ ○をおつけください。

発熱（ _____ °C位） 喉の痛み 鼻水（さらさら・黄色） 鼻づまり

咳（ゼイゼイ・コンコン・痰がらみ） 腹痛 下痢 食欲がない

息苦しい 口が乾く 吐き気 嘔吐（ _____ 回/日）

◎今までにかかったことがある病気はありますか？（ はい ・ いいえ ）

糖尿病 高血圧 高脂血症 脳卒中 心臓病

その他（ _____ ）

◎現在通っている病院はありますか？（ はい ・ いいえ ）

病院名（ _____ ）（ _____ ）

◎内服しているお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

※お薬手帳がある方は一緒に出してください。

薬の名前（ _____ ）

◎過去に手術をしたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

手術名（ _____ ）

◎アレルギーはありますか？

・薬のアレルギー はい（ _____ ） ・ いいえ

・食品のアレルギー はい（ _____ ） ・ いいえ

・その他（ _____ ）

<裏面もご記入ください>

◎たばこは吸いますか？ (はい ・ いいえ)
以前吸っていた (歳から 1日 本)

◎お酒は飲みますか？ (はい ・ いいえ) (量:)

◎ご両親や兄弟姉妹で下記の病気の方がおりましたら教えてください。
高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 肝臓病 喘息
心臓病 甲状腺 がん(部位:) その他()

◎(女性の方)妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました

【看護師記入欄】

身長 () cm 体重 () kg

食事の有無 空腹 ・ 最終食事時間 (時 分)

本日の体温 °C

SPO2 %