

内科問診表

フリガナ

名前： 生年月日：大・昭・平 年 月 日
住所：〒 年齢 歳 男性 ・ 女性
(沖縄県) 電話番号： - -

1、どこがどのように具合が悪いのですか？

2、いつから始まりましたか

3、その事でどちらかの医師の診察を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

病院名：

病名及び服用薬剤：

4、今までに病気、手術、外傷、入院などの経験はありますか？ (はい ・ いいえ)

5、近親者(血のつながった方)に次の病気がありますか？

癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎
腎臓病、結核、その他

6、食物や薬品のアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)

(食品・薬品名)

7、下記の中で当てはまる場所を選んでください。

便通： 快便 ・ 下痢 ・ 便秘 (日に 回)

たばこ： 吸わない ・ 吸う (1日に 本・約 年間)

酒： 飲まない ・ 飲む (種類：)

(量：1回 杯・ 毎日 ・ 週に1～3回 月に1～3回)

8、女性の方へ

妊娠している可能性は？ ある ・ ない

最終月経は？ (月 日) 閉経している

9、他に何かあれば記入して下さい。

クリニックおもろまち