内科問診票

氏名：　　年齢：　　歳　　性別：男　女
職業：

今回の受診は、当院では初めてですか？　　はい　いいえ
このお悩みで他院で診察を受けていますか？　　はい　いいえ
　　前医名　　診断名

お悩みの症状はなんですか？

　　どこがですか？
　　いつ頃からですか？
　　原因と思うものがありますか

　　労災ですか？はい　いいえ
　　交通事故ですか？はい　いいえ

今までに下記の病気を患ったことがありますか？
　　高血圧　心臓病　糖尿病　腎臓病　胃腸病　喘息　結核
　　関節リウマチ その他
お家族で下記の病気の方はいますか？
　　高血圧　心臓病　糖尿病　腎臓病　胃腸病　喘息　結核
　　関節リウマチ　膠原病　痛風　骨粗鬆症　癌　その他
今　服用しているお薬はありますか？　ある　ない
　　お薬の名前は?
薬や　注射で気分が悪くなったりショックやじんましんが出たことがありますか？
　　ある　ない　あればどのような薬ですか？
手術を受けた 手術名
治療の希望はありますか？例えば　注射が嫌だとか痛い治療は嫌だなど

女性にお聞き 妊娠していま はい　いいえ
　　最終の生理はいつですか？
その他　ご希望があれば　お教えください