

内科 問診票

お答えできる範囲で結構ですのでご記入お願いします。

お名前: _____ 身長: _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

本日は食事をとられてきていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最終飲食時間は何時ですか _____ 時
① 本日の受診理由についてお書きください。
② 上記症状はいつごろからですか？ _____ 日前から または _____ 月 _____ 日頃から
③ 過去1カ月以内に海外へ渡航されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 国・地域(_____)
④ 現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 病名(_____)
⑤ 過去に大きな病気、けがなどをされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → _____ 歳ごろ _____ 病名(_____) 手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑥ 血縁関係(祖父母・両親・兄弟・子供)の方に以下の病気の方はいますか？ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 精神疾患
⑦ お酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 以前飲んだが今は飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (<input type="checkbox"/> 宴会の時だけ <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 4~5回/週 <input type="checkbox"/> 毎日1~2合 <input type="checkbox"/> 毎日2~3合 <input type="checkbox"/> 毎日3合以上
⑧ タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸ってたが今は吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本・ _____ 歳から吸っている)
⑨ 常備薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 薬名(_____)
⑩ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 種類(_____)
⑪ 職業は何ですか？(特殊な化学物質や有機溶媒を取り扱う方は具体的にご記入ください。) (_____)
⑫ 便について 排便習慣 <input type="checkbox"/> 1回/毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/毎日 <input type="checkbox"/> 1回/2~3日 <input type="checkbox"/> その他 _____ 回/ _____ ~ _____ 日 便の性状 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 水っぽい 便の色 <input type="checkbox"/> 赤っぽい <input type="checkbox"/> 黒色 <input type="checkbox"/> 茶~黄色 <input type="checkbox"/> 白っぽい <input type="checkbox"/> その他(_____) 最終排便 _____ 月 _____ 日 排便のない方・ガス(おなら)は出ますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 女性の方にお伺いたします。 現在妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性がある 生理がある _____ 最終生理 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃