

内科問診票

西暦 年 月 日

ふりがな

氏 名

生年月日 T・S・H

年 月 日

住 所 〒

年齢 才

電話番号

本日はどうされましたか

身長 cm・体重 kg

既往歴 ★骨折・手術・入院治療など

なし・あり

↓病名

↓病院名

①	年 月 才()	()
②	年 月 才()	()
③	年 月 才()	()
④	年 月 才()	()
⑤	年 月 才()	()

家族歴 ★血縁関係(祖父母・おじ・おばぐらいまで)

なし・あり

心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

脳疾患 (脳溢血・脳梗塞・脳出血)

悪性腫瘍

その他：

なし・あり ★整形外科・眼科・心療内科など(お薬手帳持参の方はご提示してください)

↓病名

↓病院名

↓処方薬

①	()	()
②	()	()
③	()	()
④	()	()
⑤	()	()

アレルギー なし ・ あり

食物：

動物アレルギー：

薬物：

花粉症など：

生活歴 アルコール 飲まない ・ 飲む→()ml/日 ()日/週

何をのみますか → ビール・チューハイ・日本酒・焼酎・ウィスキー
ブランデー・ワイン・そのほか()

タバコ □吸ってる ()本/日 ()才から ()年間

□吸っていた ()本/日 ()才 ～ ()才まで

□吸わない

妊娠の可能性はありませんか なし ・ あり (妊娠 ヶ月 ・ 生理が遅れている)