ＩＤ

いけだ内科医院　問診票

年　　月　　日

フリガナ		身長	体重
氏　　名		cm	kg
生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日	年齢　　歳	男・女
住　　所	〒		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		携　　帯	

①どのような症状がありますか？

発熱　・　咳　・　のどの痛み　・　鼻水　・　下痢　・　頭痛　・　腹痛　・　吐き気
胸の痛み　・　動悸　・　その他

（　　）

②いつから症状がありますか？

今日　・　昨日　・　２、３日前　・　（　　）週間くらい前から

③上記の症状で医療機関を受診されましたか？

いいえ　・　はい　（　医療機関名：　　）

④気になる病気、調べてもらいたい病気はありますか？

いいえ　・　はい　→　（　　）

⑤アレルギーはありますか？

薬剤アレルギー　：　いいえ　・　はい（　　）
食物アレルギー　：　いいえ　・　はい（　　）

⑥過去に入院または現在も治療中の病気がありますか？

いいえ　・　はい　→　（　　）

⑦過去に大きな手術をされましたか？

いいえ　・　はい　→　いつ頃（　　）病名（　　）

⑧ご家族の中に突然死やガン・脳血管疾患・心疾患などの大きな病気をされた方はおられますか？

いいえ　・　はい　→　（　　）

⑨普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ　・　はい　→　お薬手帳は持参されていますか？　　いいえ　・　はい

⑩タバコ　：　いいえ　・　はい　（　　本／１日）
お酒　　：　いいえ　・　はい

⑪女性の方へ　　現在妊娠している　・　妊娠している可能性がある　・　授乳中

□□□