

ID:

問診票 (内科)

職員 使用 欄	新患	初診	再診	別部位		
	受付	Dr	XP	MRI	PT	リハ

診察日 年 月 日

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

自宅住所 〒 _____ 電話 _____

_____ 携帯電話 _____

本日も飯は? 食べた・食べてない
本日の体温は(必要な方のみ) _____

血圧 _____ / _____ mmHg 体重 _____ Kg

1. 今日どのような目的で来院されましたか?

気になる症状がある

年 月 日 ~
どのような症状ですか?
発熱 鼻水 咳 痰 腹痛 胸焼け 下痢
嘔気嘔吐 便秘 血圧が高い
痛み→ 場所は? _____
その他 _____

検査を受けたい

採血 検尿 検便
エコー(腹部) レントゲン
心電図

健康診断の精密検査をしたい

会社 特定検診(県・市町村) その他

病気、薬の相談をしたい

薬の(数を減らしたい・内容を変更したい)
相談したい病名、薬があれば教えてください。

2. 今までかかった病気、手術について教えてください。

病名	病院名	手術
歳の時	:	有・無
歳の時	:	有・無
歳の時	:	有・無

3. あなたの生活習慣について教えてください。
たばこは?

吸わない
吸う → 1日に _____ 本(_____ 年前まで・現在)

お酒は?

飲まない
飲む → _____ を1日におよそ _____ 合

睡眠時間は?

_____ 時 ~ _____ 時まで(およそ _____ 時間)

運動は?

していない
している → _____ を週・月 _____ 回
1回およそ _____ 分

アレルギーは?

ない ある → 食べ物:
薬:
その他:

4. 現在飲んでいるお薬について教えてください。

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。
現在飲んでいる薬が ある・ない
あると答えた方は薬の名前を教えてください。

5. ガンと診断された場合、告知を希望します:

希望する ・ 希望しない

6. 当院でリハビリされている方へ

内科診察後にリハビリをされますか?

する ・ 時間があればする ・ しない

職員使用欄	血圧	済・次	採血	済・次	検便	済・次	腹エコー	済・次	済・次
	血糖	済・次	採尿	済・次	心電図	済・次	X-P	済・次	済・次