

内科初診問診票

年 月 日

氏名 _____

生年月日 T. S. H _____ 年 月 日

電話番号 自宅 _____
携帯・その他 _____

1 今までの病気や手術について記入して下さい

・特になし

・あり(下記に○)

糖尿病 高血圧 高脂血症 高尿酸血症
神経 脳 耳 鼻(花粉症・ちくのう・その他) 眼(緑内障・その他) 甲状腺
血液(貧血・その他) 喘息 気管支・肺 心臓(先天性・不整脈・その他)
食道 胃 腸 肝臓 腎臓 ひ臓 すい臓 胆のう
乳腺 卵巣・子宮 前立腺・睾丸 膀胱 骨・筋肉 皮膚
リンパ腺 口腔内 けいれん 外傷 その他

2 アレルギーはありますか？

・なし

・あり(分かる範囲で具体的に記入してください)

薬 ; _____

食物 ; _____

その他 ; _____

3 以下の感染症で、かかったことも、予防接種を受けたことも**ないものに◎**をつけて下さい。

() 麻疹(はしか)

() 風疹

() 水痘(みずぼうそう)

() おたふくかぜ

4 現在の状況につき、当てはまる場合○をつけて下さい。

妊娠中 授乳中

常用している薬がある(受付にお見せください)