内科初診問診票

年　月　日

氏名

生年月日　：　T. S. H

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、予防接種をうけたことも**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（看護師にお見せください）

5 喫煙について、当てはまる場合○をつけて下さい。

現在　喫煙中

（1日　本　約　年間）

過去に喫煙していた

（　才頃～　才頃まで　約　年間）

（表に書き切れないときご利用下さい。）

アレルギー結果貼付

家族のカルテ番号

ID	氏名	生年月日	続柄

蒲郡市民病院受診歴　　なし

あり　ID