

# 内科初診問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 : T. S. H \_\_\_\_\_

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)