内科・皮膚科問診票

年　　月　　日

ふりがな
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本日の体温：＿＿＿＿＿℃

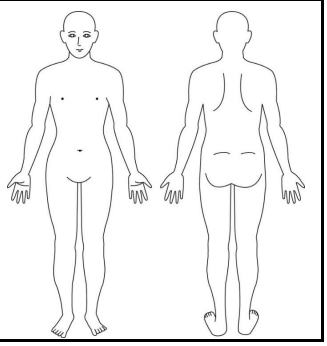
〒＿＿＿＿＿

住所（初回来院の方のみ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

1　本日はどのような症状でお困りですか。

内　科　今回の症状を下記から選んでください		
□ 発熱	□ 喉の痛み	□ 倦怠感
□ 胃痛	□ 咳	□ 鼻水
□ 腹痛	□ 痰	□ 頭痛
□ 吐き気	□ 息苦しい	□ めまい
□ 嘔吐	□ 胸痛	□ 頻尿
□ 下痢	□ 動悸	□ むくみ
□ 便秘	□ 息切れ	□ その他

皮膚科　症状を選んで、部位を○で囲んでください	
□ 発疹	□ かゆみ
□ 痛み	□ やけど
□ 赤み	□ 腫れ
□ 虫さされ	□ しもやけ
□ にきび	□ 水虫
□ いぼ？	□ 水いぼ
□ すり傷	□ その他



2　1の症状はいつからですか。
〔　　年　　月　　日頃　　〕

3　今回の症状について、これまでに治療を受けたり薬を使用したことはありますか。
□ いいえ　　□ はい　治療内容や使用した薬〔　　〕

4　薬や食品などにアレルギーはありますか。
□ いいえ　　□はい　薬品、食品名〔

5　現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
□ 高血圧　□ 高脂血症　□ 糖尿病　□ 痛風・高尿酸血症　□ 狭心症・心筋梗塞　□ 不整脈
□ 喘息　□ 胃炎・胃潰瘍　□ 肝機能障害　□ 腎機能障害　□ その他　〔　　〕

6　常用している薬はありますか。　（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください）
□ いいえ　　□ はい　薬名〔　　〕

7　喫煙：　□ 以前から吸わない　□＿＿年前にやめた　□ 吸う　（1日あたり＿＿本／喫煙年数＿＿年）

8　漢方をご希望ですか？　　□ いいえ　　□ はい　　□ どちらでもいい

女性の方のみご記入ください

9　現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。□ いいえ　　□ はい　（　　）週目

10　現在、授乳中ですか。　　□ いいえ　　□はい　1日（　　）回

☺HEIWA☺　平和記念医院