

【内科】初診問診票

(ふりがな)

氏名

(男 ・ 女)

生年月日(大正・昭和・平成・令和)

年

月

日

才

★ 今日はどうな症状で来院されましたか？

1ヶ月以内に海外渡航歴 又は海外渡航者に接触 されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ？) (どちら？)
どこが？	
どんなふうによ？	<input type="checkbox"/> 痛い(はげしい・にぶい・ときどき) <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 苦しい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> いらいらする <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 出血した <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> その他 ()
いつから？	<input type="checkbox"/> 今日 (時頃から) <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 日前から
食欲は？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> むらがある
今までに大きな病気や 手術はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃() 病名()
現在、毎日飲んでいる 薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名()
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬() 食物() その他() 症状()
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 時々吸う <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)
飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲む (ビール 本/日) (日本酒 合/日) (ウイスキー シングル・ダブル)

女性の方のみご記入下さい。

女性の方にお聞きます	1. 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 2. 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ヶ月) 3. 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
------------	---