

# 内科問診票

記入年月日      年      月      日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1. いつ頃からどのような症状がありますか。

---



---



---

2. 今までに手術を受けたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【手術名： \_\_\_\_\_】

3. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： \_\_\_\_\_】

【薬品名： \_\_\_\_\_】

4. 薬のアレルギーはありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【薬品名： \_\_\_\_\_】 【症状： \_\_\_\_\_】

5. 女性の方のみ教えてください。

◆現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】

◆現在授乳中ですか 【はい・いいえ】

6. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【渡航先： \_\_\_\_\_】

【渡航期間： \_\_\_\_\_】

インフルエンザ検査

希望する・希望しない