

内科・問診票

名前 _____ 様 _____ 体温 _____ °C

1) 本日の症状について、あてはまるものに○をしてください。

症状はいつからありますか? → () 月 () 日から / 前回の受診から継続

発熱 ⇒ () 月 () 日 () 時から その時 () °C
※熱の経過を記入する用紙をお渡しします。スタッフにお申し付けください。
※インフルエンザワクチンは? (接種した ・ 接種していない)
食欲不振 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ ゼーゼー
吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 腹痛 ・ 目やに ・ 頭痛
痛み (部位:) 発疹・湿疹 (部位:)

その他、症状についてご自由にお書きください。

☆女性の方へ ⇒ 現在 (妊娠中 (出産予定日)) ・ 授乳中)

※他の病院にかがられて、お薬を服用中の方はお薬手帳をご用意ください。

以下の質問は初診の方、当院の受診が久しぶりで内容に変更のある方のみご記入ください。

2) 治療中の病気はありますか?

いいえ ・ はい → 病名 ()
常用薬剤 ()
通院中の病院 ()

3) これまで大きな病気や手術をしたことはありますか?

いいえ ・ はい → 病名 ()

4) アレルギーはありますか?

いいえ ・ はい → 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎
食物アレルギー (内容:)
薬のアレルギー (内容:)

記入が終わりでしたら、受付にご提出ください。ご記入ありがとうございました。