内科問診票（神経内科　呼吸器内科　消化器内科　腎臓内科　総合内科　循環器内科　糖尿病内科）

ID	令和　　年　　月　　日

ふりがな 受診者氏名 （かかられる方）		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生		歳
介護度	要支援（　1　　2　） 要介護（　1　　2　　3　　4　　5　） 未申請		

体温　　℃　血圧　　／　　mmHg　脈拍　　回/分　SPO2：　　%

当てはまるものにレ点をつけてください

◆本日はどうされましたか

□熱　□咳　□鼻水　□のどが痛い
□腹痛　□下痢　□便秘　□便に血が混ざる
□吐き気　□嘔吐　□頭痛　□めまい　□手足が痺（しび）れる
□胸痛　□動悸　□息苦しい　□むくみ　□血圧が気になる
□検診結果の相談

上記以外の症状

◆症状はいつからですか。
□今日から　□（　　）日前から　□（　　）ヶ月前から

◆現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか。
□ない　□ある →□糖尿病　□高血圧　□心疾患　□脳梗塞/脳出血　□呼吸器疾患
□腎臓病　□肝臓病　□その他（

◆現在飲んでいるお薬はありますか。※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。
□ない　□ある　→ 薬名（　　）

◆今までに入院・手術をされたことがありますか。
□ない　□ある → いつ頃：（　　）歳頃　病名（　　）
※その際、輸血を受けましたか。　□いいえ　□はい

◆過去に肝炎（B型肝炎やC型肝炎など）にかかったことがありますか。
□ない　□ある → いつ頃：（　　）歳頃　□B型肝炎　□C型肝炎　□その他（　　）

◆過去にお薬や食品で、湿疹やかゆみなどの症状が出たことはありますか。
□ない　□ある → 薬品名（　　）
食品名（　　）

◆タバコは吸いますか。（電子タバコ・加熱式タバコを含む）
□吸わない　□現在吸っている（　　本/日）　□禁煙した（　）年前から

◆お酒は飲みますか。
□飲まない　□飲む　お酒の種類（　　）　どのくらい（　　ml・本・合/日）

※女性の方のみお答え下さい。

◆現在　妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がありますか。
□いいえ　□妊娠中　□授乳中　□妊娠の可能性あり
◆最終月経はいつですか。　（　　月　　日　）

医療法人いつき会
守山いつき病院