

内科問診票 ( 脳神経内科 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						性別	男・女
受診者氏名 (かかられる方)							
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		℃	血压	/	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							
<input type="checkbox"/> 熱		<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> のどが痛い	
<input type="checkbox"/> 腹痛		<input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/> 便に血が混ざる	
<input type="checkbox"/> 吐き気		<input type="checkbox"/> 嘔吐		<input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> めまい	
<input type="checkbox"/> 胸痛		<input type="checkbox"/> 動悸		<input type="checkbox"/> 息苦しい		<input type="checkbox"/> むくみ	
<input type="checkbox"/> 検診結果の相談						<input type="checkbox"/> 手足が痺(しび)れる	
<input type="checkbox"/> 上記以外の症状						<input type="checkbox"/> 血圧が気になる	
◆症状はいつからですか。							
<input type="checkbox"/> 今日から		<input type="checkbox"/> ( ) 日前から		<input type="checkbox"/> ( ) 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。							
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 心疾患	
		<input type="checkbox"/> 腎臓病		<input type="checkbox"/> 肝臓病		<input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		<input type="checkbox"/> 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。							
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある → 薬名 ( )					
◆今までに入院・手術をされたことがありますか。							
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある → いつ頃: ( ) 歳頃		病名 ( )			
※その際、輸血を受けましたか。						<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。							
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある → いつ頃: ( ) 歳頃		<input type="checkbox"/> B型肝炎		<input type="checkbox"/> C型肝炎	
		<input type="checkbox"/> 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。							
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 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)							
<input type="checkbox"/> 吸わない		<input type="checkbox"/> 現在吸っている ( ) 本/日		<input type="checkbox"/> 禁煙した ( ) 年前から			
◆お酒は飲みますか。							
<input type="checkbox"/> 飲まない		<input type="checkbox"/> 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、妊娠の可能性ありますか。							
<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 妊娠中		<input type="checkbox"/> 授乳中		<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり	
◆最終月経はいつですか。 ( ) 月 ( ) 日							