

# 内科問診票（初診用）

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 体温(当院で測定したもの) \_\_\_\_\_ °C

生年月日 昭・平・令 年 月 日( 歳)

(1) 本日はどうされました？ (例) 精密検査 風邪 腰痛 けが等

精密検査以外の方は、(2)をご記入ください。

(2) いつから、どのような症状ですか？(詳しくご記入ください)

- ・県外、渡航歴：なし・あり( 月 日から 月 日まで 場所 )
- ・味覚障害・嗅覚障害：なし・あり
- ・風邪薬の使用：なし・あり(薬名 )
- ・食欲不振：なし・あり
- ★コロナワクチン接種( 回目) いつ?( )
- ★過去にコロナにかかったことがありますか？ なし・あり(いつ頃?: )

全ての方ご記入ください

(3) 基礎疾患はありますか？ 該当するものに○をつけてください。

糖尿病・高血圧・脂質異常症(高コレステロール血症)・認知症  
心不全・呼吸器疾患(COPD)・免疫抑制剤の使用・抗がん剤の使用  
透析治療中・その他( )

・手術されたことはありますか？( いいえ・はい )【病名 \_\_\_\_\_】

・入院されたことはありますか？( いいえ・はい )【病名 \_\_\_\_\_】

(4) お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？( はい・いいえ )  
『はい』とお答えの方 → お薬・食べ物の名前 ( )

(1) 嗜好品についてお聞きします。

たばこ：吸わない・吸う( 1日 本 / 約 年間)  
アルコール：飲まない・飲む(何を: 量: mL/ 週に 回・月に 回)

(2) 女性にお聞きします。

妊娠中ですか？( はい・いいえ ) ⇒ 妊娠 ヶ月 週  
授乳中ですか？( はい・いいえ )  
月経( 順調・不調 ) 閉経( 才)

ご協力ありがとうございました  
高重記念クリニック

