

内科 初診問診票

西暦 20 年 月 日

*[個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

氏名 _____ 男・女 () 才. 職業 (過去も含) ()
身長 () cm 体重 () kg 体温 () 度

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

2. その症状はいつ頃からですか？

3. その症状を他の病院で診てもらいましたか？

1) なし

2) あり→病院名 ()

紹介状をお持ちですか？: あり ・ なし

そこでは何と言われましたか？ ()

4. 現在を含め、1週間以内に発熱や呼吸器に関する症状がありましたか？

1) なし 2) あり→いつから、どのような症状ですか？ ()

5. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？

1) なし

2) あり→病名 () 年 月頃

病名 () 年 月頃

手術 () 年 月頃

6. 現在治療中の病気はありますか？

1) なし

2) あり→病名 () 年 月頃

病名 () 年 月頃

7. ご家族で以下のような病気にかかった方はいますか？ *該当するものに○印を付けてください

(癌 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他:)

8. 2ヶ月以内の海外渡航後、ご本人または身近な方に発熱・下痢などの症状がありますか？

1) なし

2) あり→ご本人 ・ 身近な方: 渡航先国名:

9. アレルギーはありますか？

1) なし

2) あり→薬品アレルギー ()

食品アレルギー ()

その他: 喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ ゴム ・ 金属 ()

10. 現在服用している薬はありますか？

*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。

お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。

1) なし

2) あり→薬 ()

11. 生活習慣についてお尋ねします。該当するものに○印を付けてください。

1) 便通 → 回/日 普通 ・ 下痢 ・ 便秘

2) 排尿 → 回/日 夜間特に多い 夜 () 回

3) アルコール → 飲まない 飲む (時々 ・ 回/週 ・ 毎日 種類: 量: ml)

4) 喫煙 → 吸う 1日 本 才から 吸わない (以前吸っていた 本/日 才頃やめた)

12. 女性の方へ 現在、妊娠の可能性は？

1) なし

閉経 (才)

2) あり→妊娠 _____ 週 最終月経 (年 月 日)

3) 不明

独立行政法人国立病院機構村山医療センター・外来

(職員記入欄) ID: _____