

# 内科 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重
			cm、 kg
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 薬品名 ( )
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ  
 病名 ( )
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ  
 病名 ( )
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ  
 薬品名 ( )

⑤ いつくらいから症状が出ましたか？

⑥ どんな症状ですか？□に✓をつけてください。

- 喉が痛い  
 咳  
 痰  
 鼻水・鼻づまり  
 頭痛  
 発熱（最大      °C、平熱      °C）  
 関節痛  
筋肉痛  
腹痛  
吐き気・嘔吐  
軟便・下痢  
悪寒  
胸やけ  
肩こり  
目がかゆい  
動悸  
血圧が高い  
コレステロール・中性脂肪が高い  
血糖値・HbA1cが高い  
尿酸値が高い  
眠れない  
疲れやすい  
手足がむくむ  
その他 ( )

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。□に✓をつけてください。

パソコン検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: \_\_\_\_\_

スマホ検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: \_\_\_\_\_

- 口コミ  
知人の紹介  
看板

ご協力ありがとうございました。