※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

内科問診票

記入年月日　　年　　月　　日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1．いつ頃からどのような症状がありますか。

2．現在までに次の病気にかかったことがありますか。（該当するものに○をつけてください）
ぜんそく・アレルギー疾患・高血圧・腎臓病・肝臓病・ガン・精神疾患・心臓病（　　）
胃潰瘍・糖尿病・肺結核・脳卒中・その他（　　）

3．上記以外に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【手術名：　　】

4．現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【薬品名：　　】
◆血液をサラサラにするお薬（抗凝固剤・抗血小板薬等）を服用していますか
【はい・いいえ】
◆本日、お薬手帳はお持ちですか　【持っている・持っていない】

5．ご家族に次の病気にかかった方はいらっしゃいますか。（該当するものに○をつけてください）
心臓病・高血圧・脳卒中・ぜんそく・糖尿病・ガン（　　）

6．今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方【　　歳頃】【薬品・食品名：　　】

7．嗜好品について教えてください。
たばこ（電子たばこ含む）
【吸う…　　本/日　　歳から】【過去の喫煙歴　　歳から　　歳　　本/日】【吸ったことがない】
お酒
【毎日飲む・時々飲む　　回/月、何を　　、どれくらい　　㎖・飲まない】

8．女性の方のみ教えてください。
◆現在妊娠の可能性はありますか　【ある・ない】　◆現在授乳中ですか【はい・いいえ】

久我山病院

体温　　脈　　SPO_2　　%　　血圧