# 内科問診票

令和　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳　［男・女］

◎ **本日、来院された主な理由を〇で囲んで下さい。また、いつ頃から**
**どのような症状がありましたか。出来るだけ詳しく記入して下さい。**

■ **症状はいつ頃から出ていますか。**　（　　頃）

せき　発熱　頭痛　のどの痛み　鼻水　鼻づまり　腹痛

胸痛　下痢　胃痛　しびれ　めまい　嘔気　嘔吐　かゆみ

体温（　　）℃　その他（　　）

［インフルエンザワクチンを接種しましたか。
・はい　　年　　月　・いいえ］

◎ **他の医療機関を受診していますか。**　・はい　・いいえ

病名［　　］

◎ **現在、飲んでいるお薬はありますか。**　・ある　・ない

［　　］

◎ **次の項目で、該当する箇所に〇と必要事項を記入して下さい。**

- 酒類　飲まない　飲む　毎日　を　本／杯
- たばこ　吸わない　やめた（　年前）　吸う　１日　本

◎ **薬・食物でアレルギー症状（発疹・気分不快等）を起こした事がありますか。**

・ある［　　］　・ない

◎ **現在妊娠の可能性はありますか。**　・はい　・いいえ

◎ **直近1ヶ月で渡航歴はありますか。また、渡航歴のある方と接触しましたか。**

- ある　渡航先（　　）
- ない