内　科
小児科　原医院　問診票

記入年月日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男　・　女		
お名前		生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
		身長	cm	体重	kg
住所	〒				
電話		携帯電話			

① 今日はどうなさいましたか？

□　熱（体温：　　℃）　□　寒気がする　　□　ぐったりしている　□　のどが痛い
□　咳（終日・日中・夜）　　□　痰が絡む　　□　ゼーゼーしている　□　鼻水　□　鼻づまり
□　お腹が痛い　□　下痢　　□　嘔吐・吐気　　□　便秘（最終排便　　日前）　□食事が摂れない
□　胸が痛い　　□動悸　　□　息切れする　　□　むくみ　□　めまい　□　頭痛
□　保険外診療（　ニンニク注射　・　プラセンタ注射　・　AGA治療　・　ED治療　）
□　その他　（　　）

② その症状はいつからどのような様子ですか？

（　　）

③ まわりに同じような症状の方はいますか？

はい→（どなたですか？：　　）　・　いいえ

④ 現在治療中の病気・過去にかかった病気

□　高血圧　□　脂質異常症　□　糖尿病　□　高尿酸血症　□　緑内障　□　前立腺肥大
□　アレルギー性疾患（　喘息　・　花粉症　・　不整脈　・　その他　　）
□　心臓疾患（　狭心症　・　心筋梗塞　・　不整脈　・　その他：　　）
□　脳血管疾患（　　）　□　消化器疾患　（　　）
□　腎臓疾患（　　）　□　肝臓疾患（　　）
□　熱性けいれん　　□　その他（　　）

⑤ 飲んでいるお薬はありますか？

はい→（　　）　・　いいえ

⑥ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい→（　　）　・　いいえ

⑦ タバコやお酒は嗜みますか？

タバコ：　はい　→（一日　　本　×　　年間）　　・　いいえ
アルコール：　はい　→（　頻度、量：　　）　・いいえ

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

あり　（　妊娠　　週目）　・　なし