内科 初回　問診票（下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。）

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日
患者氏名	男・女		
住　所	〒	電話番号	

身長　　cm	体重　　kg

1. いままでに大きな病気をしたことがありますか？

はい（病名は：　　）　いいえ

2. いつも飲んでいる薬はありますか？

はい（　　）　いいえ

3. 血圧が高いといわれたことがありますか？

はい　　いいえ

4. 毎日の生活についておたずねします。

・夜はよく眠れますか？　はい　いいえ
・尿は１日何回ですか？　（　　回位）
・便は１日何回ですか？　（　　回位）
（　　日に１回）
・アルコールは飲みますか？　はい　いいえ
・タバコは吸いますか？　はい　いいえ
・食事は規則正しく１日３食食べていますか？
はい　ときどき　いいえ

5. 今まで薬を飲んだり、注射をうけた後で気分が悪くなったり体にかゆみやボツボツが出たことはありますか？

はい　　いいえ

薬品名（　　）

6. 輸血や手術を受けたことがありますか？

はい　　いいえ

手術名（　　）