

# 松尾医院 問診票（内科 初診用）

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

① 今日はどうされましたか？いつからどのような症状があるか相談内容をお書きください。

② 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？  はい  いいえ

「はい」の方→病院・医院名( \_\_\_\_\_ )

② 今までに入院するような病気・大きな病気はありますか？

ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

③ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

③ 食欲はどうですか  ある  少し  ない 水分はとれますか？ 飲める  少し  飲めない

④ お酒を飲まれますか？  飲む (何をどのくらい \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 回)  飲まない

⑤ たばこを吸われますか？  吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年)  吸わない

⑥ 現在、他院で処方されている薬や服用中の薬があればお書きください。

<お薬手帳、説明文書、紹介状があれば記入は不要です>

( \_\_\_\_\_ )

⑦ ご家族や周りで流行している病気はありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

⑧ (女性のみ) 妊娠中ですか？  はい  可能性あり  いいえ

授乳中ですか？  はい  いいえ

ご記入ありがとうございました。