

# 内科問診票

氏名	中村 美咲	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒		
生年月日	大・昭 <sup>(平)</sup> 12年 5月 21日		
TEL	(自宅)	(携帯)	

◆今日はどうな事でしたか？あてはまる症状にチェックを付けて下さい

- 発熱  頭痛  鼻水  喉の痛み  咳  痰  関節の痛み  
 腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  便秘  食欲不振  腰痛  
 息苦しい  めまい  ふらつき  身体がだるい  その他<sup>立ち上がると</sup> [目の前が暗くなる]

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい [病名 鉄欠乏性貧血 ]

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい [お薬名 左ロミア ]

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい [食べ物 キウイ ] [お薬 ]

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい [手術名 鼻中隔矯正術 ]

◆お酒は飲みますか？

はい

◆タバコは吸いますか？

吸わない (一日 本)・吸う・禁煙した ( 年前から)

●女性の方だけお答え下さい●

☆妊娠されていますか？

いいえ・わからない・はい ( 週目)

☆授乳中ですか？

いいえ・はい