

内科問診票

氏名	山田 健太	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	〒		
生年月日	大 昭和 平 59年 3月 15日		
TEL	(自宅)	(携帯)	

◆今日どのような事でしたか？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^{3日前から}[^{38度前後の発熱}]

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい [病名 脂質異常症]

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい [お薬名 ロスバスタチン]

◆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 バナナ] [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 虫垂切除]

◆お酒は飲みますか？

いいえ・はい

◆タバコは吸いますか？

吸わない(一日 0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