

# 内科 問診票

ID:

年 月 日

名前:

---

- ・ 今日はどうされましたか？
  
- ・ 現在、他の医療機関での通院はありますか？
  - はい → 医療機関名；  
病名；  
処方薬剤；
  - いいえ
  
- ・ 今までにかかった病気や手術などがあれば教えてください
  
  
- ・ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
  - はい ( )
  - いいえ
  
- ・ 喫煙 あり ( 本/日 ) / なし
- ・ 飲酒 あり ( ml/日 ) / なし
- ・ 妊娠の可能性 あり / なし
- ・ その他、何かあればご記入ください