病院記入欄	KT：	℃ BP：	／	SPO2：	%	P：
□ スキャン済	予約医師名(黒)：	医師	希望医師(赤)：	医師		

内科問診票 （発熱外来）

受診日： 年 月 日

お手数をお掛けしますが、下記の記入をお願い致します。 **ID：**

フリガナ		性 別	
氏 名		男性 女性 （ 妊娠中・授乳中 ）	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日 （ 歳）	
住 所	〒 －		
電話番号	（携帯） ― ―	（自宅） ― ―	

① 本日はどのような症状にて来院されましたか？

発熱(℃) ・ 頭痛 ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 食欲不振 ・ 全身倦怠感 ・ 腹痛

嘔吐 ・ 嘔気 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 血便 ・ 動悸 ・ 胸痛 ・ 息切れ

めまい ・ 手足のしびれ ・ 健診にて異常の指摘あり

その他 〔 〕

②いつから症状があるかご記入ください。 〔 〕

③健診結果や他医療機関から紹介状、画像検査は持参されていますか？

健診結果・紹介状 ： あり ・ なし CD-ROM等 ： あり ・ なし

④今まで入院、手術や治療中のご病気について教えて下さい。

	病名	状況	年齢	治療中の方は内容(内服など)
1		入院・手術・治療中	歳	
2		入院・手術・治療中	歳	
3		入院・手術・治療中	歳	
4		入院・手術・治療中	歳	
5		入院・手術・治療中	歳	

※ 記入欄に収まらない場合は、受付へお申し出ください。

※ お薬手帳をご持参の方は受付へご提示ください。

⑤お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし ・ あり( )

⑥身長と体重について 身長： cm 体重： kg

⑦喫煙について 過去にあり ・ なし ・ あり(本／日)

⑧飲酒について 過去にあり ・ なし ・ あり(量)

⑨マイナ保険証について 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する ・ 同意しない

ご協力ありがとうございました。

湘陽かしわ台病院

2026,7改訂