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

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