一般内科　問診表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　日

生年月日：R・H・S・T　　年　　月　　日　　　　氏名

1. 受診する**きっかけの症状**について教えてください。
	1. いつからですか？
	2. どの部位ですか？
	3. 症状を具体的に教えてください。（スペースが足りなければ、余白・次ページに記載してください）

1. その他に該当する項目（症状・既往など）があれば〇で囲んでください。

**全身症状**

熱が続く（最大　　度）/ 倦怠感（だるさ） / 食欲低下 / 体重変化（増加・減少）/ 寒気 /

**頭頸部・皮膚**

頭痛 / 視力低下 / 充血 /ドライアイ / 聴力低下 / 耳鳴 / 耳の詰まり / 鼻汁 / 鼻閉（鼻づまり） / 鼻出血 / 味覚異常 / 歯痛 / 齲歯（虫歯） / 口腔内乾燥 / 口内炎 / 声の変化 / 嚥下困難（飲み込めない）/ 咽頭痛（のどの痛み）/ 頸部痛 / めまい / 皮疹（部位、色：　　　　　　　　）/ 皮膚腫瘤（できもの）

**呼吸・循環器**

痰（血痰、膿性痰） / 咳（せき） / 喘鳴（ゼーゼーする） / 胸痛 / 動悸（どきどきする） /

夜間の呼吸困難 / 浮腫（むくみ） / 労作時の呼吸困難・胸痛

**消化器・泌尿器**

腹痛/ 悪心 （吐きけ）/ 嘔吐 / 吐血 /　胸やけ / 便秘 / 下痢 / 血便 / 黒色便 / 痔 / 直近の生肉・海鮮摂取歴（　　　　　　）/ 尿の色調変化（濃い・血液が混じる・膿性（濁っている） / 排尿困難 / 夜間頻尿 / 残尿感 / 排尿時痛 / 尿路感染症の既往 / 尿路結石の既往 / 陰部の潰瘍

**内分泌・筋骨格・神経**

寒がり / 多飲 / 筋肉痛 / 関節痛 / 背部痛 / 腰痛 / 筋けいれん / 指の変色 / 筋力低下 / 麻痺 /

異常感覚（しびれ） / 構音障害（呂律がまわらない）/ 歩行障害 / 振戦（ふるえ）/ 不眠 / 幻視 / 幻聴

**（女性のみ記載）**

・ 乳房の違和感、疼痛、腫瘤がある→ はい・いいえ

・しこりを自覚している→ はい・いいえ

・月経不順、不正出血→ はい・いいえ　　・閉経している→ はい・いいえ ・最終月経（　　　　　　）

・ 妊娠歴（　　　　　　　） ・ 妊娠の可能性→ はい・いいえ

1. 過去の病歴　＜例：高血圧、糖尿病（〇〇クリニック）＞

通院中：

通院歴：

入院歴：

手術歴：

定期内服薬：

サプリメント・漢方：

1. 生活歴についてお聞きします

・食欲：　（旺盛・普通・低下）

・喫煙：　喫煙・非喫煙・禁煙した　　喫煙歴（　　本/日を　　　年間）

・飲酒：　毎日する・しない・機会飲酒　（1日量　　　　　　　　　）

＊例　ビール350ml 1日1本、日本酒1合、など

・アレルギー：

・輸血歴：

・海外渡航歴：

5．自由記載