

内科問診票

問診票記入日： 年 月 日 本日の体温 (°C)

| | | |
|-------------|---------------|-----|
| フリガナ お名前 | | 男 女 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 - | |
| 携帯電話番号 | | |

- 1、本日は、どうなさいましたか。当てはまるものにチェックをつけてください。

熱がある 喉が痛い 咳 痰 鼻水/鼻づまり 頭が痛い めまい・ふらつき

胸の症状（胸痛・圧迫感・動悸）がある 息苦しい 腹痛がある 食欲低下

吐き気 おう吐 下痢 便秘 不眠 その他 ()

健康診断で異常を指摘された

→上記の症状はいつ頃からありますか？ ()
- 2、新型コロナウイルスのワクチン接種をされた事がありますか。 ない ある

接種日：1回目（20 年 月 日 ファイザー社製 モデルナ社製 その他 < >）

2回目（20 年 月 日 ファイザー社製 モデルナ社製 その他 < >）

3回目（20 年 月 日 ファイザー社製 モデルナ社製 その他 < >）
- 3、検査、治療等で何かご希望等ありましたらご記入ください。

()
- 4、現在、治療中の病気はありますか。

ない ある ()
- 5、過去に大きな病気で治療や手術を受けられた事がありますか。

ない ある ()
- 6、現在、服用しているお薬はありますか

ない ある（お薬名：)
- 7、今までに食品・お薬などでアレルギー症状を起こしたことはありますか

ない ある（食べ物、薬品名： 症状：)
- 8、生活習慣についてお伺いします。

【食事】不規則 規則（食事回数： 回/日）

【睡眠】眠れない 普通（平均睡眠時間 時間/日）

【排便】快調 便秘気味 下痢しやすい（排便回数： 回/日）

【飲酒】飲まない 飲む（週 日、種類・量：)

【喫煙】吸わない 吸う（ 本/日× 年間） 禁煙した（ 本/日× 年間）
- 9、女性の方にお伺いします。

※ 現在、妊娠中ですか いいえ わからない はい（妊娠 週目）

※ 授乳中ですか いいえ はい
- 10、「腸内フローラ」や「腸活」という言葉を聞いたことがありますか。

はい いいえ 興味がある

<ご記入ありがとうございました>