

初診 問診票

ふりがな お名前		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 (才)
住所	(〒 -)						
電話	(自宅)			(携帯番号)			

・今日はどのような症状で受診されましたか？

■具体的に記入してください

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月から にかかっている

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックしてください

喘息 肺炎 結核
高血圧 肝臓病 腎臓病
糖尿病 脳卒中 がん
心臓病 その他(病名: _____)

■現在、のんでいるお薬はありますか？

いいえ はい(お薬の名前)
 お薬手帳をお持ちでしたらお出しください。

■アレルギーはありますか？

いいえ はい(アレルギーのあるお薬: _____)
 (アレルギーのある食べ物: _____)

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 本、約 年間)

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

(種類 _____、1回 杯、毎日 時々 月に2-3回)

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある
 授乳していますか？ していない している

■当院を何でお知りになりましたか

看板・広告 知人から インターネット 家族がかかっている
その他

ご記入ありがとうございました。終わりましたら受付までお声かけください。