

初診問診票

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

体温 _____ °C

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
氏名			身長	cm	体重	kg
住所	〒 _____					
連絡先	自宅:		携帯番号:			

1. 本日はどうなさいましたか？（いつ頃から、どのような症状・心配事ですか？）
2. 現在、治療中もしくは経過観察中の病気はございますか？
 なし ・ あり → 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管障害
 肝臓病 ・ 気管支喘息 ・ がん ・ その他（ _____ ）
3. 現在、服用中の（あるいはごく最近まで服用していた）お薬はありますか？
 なし ・ あり → お薬手帳ご持参 なし（薬剤名 _____ ）
 あり → 受付にお出してください
4. 今までに大きな病気・手術の経験はありますか？
 なし ・ あり → 病名・手術名：（ _____ ） 治療開始・手術日：（ _____ ）
5. 今までに薬や食品でアレルギー症状（発疹・気分不良・ショック症状等）をおこした事がありますか？
 なし ・ あり → 薬剤名もしくは食品名：（ _____ ）
 症状：（ _____ ）
7. 喫煙 ・ 飲酒 ・ 行動歴についてお答えください
 喫煙歴 なし ・ あり（ 以前喫煙していた ・ 現在も喫煙中 1日 _____ 本 _____ 年間 ）
 飲酒歴 なし ・ あり（ 毎日 ・ ときどき ） 飲酒をやめた
 2週間以内に旅行しましたか？（ 海外 ・ 県内 → 県名： _____ ）
8. 女性の方のみお伺いします
 妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中
9. よろしければ、今回当院をご来院いただいたきっかけをお聞かせ下さい
 インターネット検索 ・ ホームページ ・ 広告 ・ チラシ ・ 看板 ・ 家(職場)に近い
 家族の紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他（ _____ ）
10. その他、気になることや相談したいことがありましたらご記入下さい

ありがとうございました。お手数ですが受付にご提出ください。