

初診問診票

記入日 令和 年 月 日

〒

*[個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

住所

ふりがな

氏名 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日(才)

職業(過去も含む) 身長()cm 体重()kg 体温()度

1. 今日どのような症状で来院されましたか? ()
2. その症状はいつ頃からですか? (例: 1週間前からなど) ()
3. その症状を他の病院で診てもらいましたか? 1) なし 2) あり → 病院名() 紹介状をお持ちですか?: あり・なし そこでは何と言われましたか?()
4. 現在を含め、1週間以内に発熱や咳・息苦しさ・嘔吐・下痢・味覚異常等の症状がありましたか? 1) なし 2) あり→いつから、どのような症状ですか?()
5. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか? 1) なし 2) あり→ 才頃 病名() ・ 才頃 手術()
6. 現在治療中の病気はありますか? 1) なし 2) あり→病名()
7. ご家族で以下のような病気にかかった方はいますか? ※ 該当するものに○印を付けてください (癌・糖尿病・高血圧・脂質異常症・その他:)
8. アレルギーはありますか? 1) なし 2) あり → 薬品アレルギー() 食品アレルギー() その他: 喘息・花粉症・鼻炎・結膜炎・アトピー・ゴム・金属()
9. 現在服用している薬はありますか? *お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。 お薬手帳を持参されていない方・お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。 1) なし 2) あり → 薬名()
10. 生活習慣についてお尋ねします。 ※ 該当するものに○印を付けてください。 1) 便通 → 回/日 普通・下痢・便秘 2) 排尿 → 回/日 夜()回 3) アルコール → 飲まない 飲む(時々・ 回/週・毎日 種類 量: ml) 4) 喫煙 → 吸う 1日 本 才から 吸わない(以前吸っていた 本/日 才~ 才頃まで)
11. 女性の方へお聞きします。 現在、妊娠の可能性は? 1) なし 閉経(才) 2) あり → 妊娠 週 最終月経(年 月 日) 3) 不明 4) 授乳中