

初診問診票

ふりがな			性別	生年月日	T・S・H	年 月 日 () 歳
氏名			男・女			
住所	〒					
電話番号	自宅			携帯		
身長	cm		体重	kg		体温 °C

1. 今日どのような症状で受診されましたか？（いつから、どこが、どんな症状）

2. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中 肺炎 がん 精神疾患 胃腸の病気
その他（ ）

3. 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）（何歳ころ、何の病気で）

4. 現在内服されている薬はありますか？（はい・いいえ）（お薬手帳があればお出してください）

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方→（何に対して、どのような症状）

6. 女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がある、または授乳中ですか？

いいえ はい→（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

7. たばこを吸いますか？ 吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→（ 歳から 歳まで、1日 本）

8. お酒を飲みますか？ 飲む 過去に飲んでいて 飲まない

「飲む・過去に飲んでいて」方→（何を：1回量：頻度：ほぼ毎日・週2~3回・月に数回）

9. ご家族（血縁）で下記の病気の方はいますか？（はい・いいえ）《 》に関係を記入してください

がん《 》 糖尿病《 》 高血圧《 》 脂質異常症《 》 遺伝性疾患《 》

10. コロナワクチンの接種履歴はありますか？

あり _____ 回 ・ なし

11. 当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

インターネット 看板広告 チラシ 知り合いから（ ） 家族から

自宅に近い 他院から（ ） その他（ ）

ご記入有難うございました。記入が終わられましたら受付までお声かけ下さい。

