

初診問診表

ID _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
お名前 _____ 男
女 生年月日(大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____ - _____ 都道
府県 市町
村区

電話番号 自宅(_____) - _____ 携帯電話 _____ - _____

紹介状 無・有(病院名: _____) 体温 _____ °C

<下記の内容について、わかる範囲でご記入ください>

1. 今日、どのような症状でいらっしゃいましたか？
具体的な発症日時、症状の部位、頻度、持続時間をご記入ください

2. 現在、治療中の病気や飲んでいるお薬がありますか？
無・有(_____)
お薬の名前：
かかっている病院名：

3. 今までに、大きな病気をしたことがありますか？
(治療日(西暦)、病院名等出来るだけ詳しくご記入ください)
無・有(_____)
血縁関係のあるご家族にご病気の方はいらっしゃいますか？
狭心症・心筋梗塞(無・有: _____)、糖尿病(無・有: _____)、高血圧(無・有: _____)
脳梗塞・脳卒中(無・有: _____)、癌(無・有: _____)

4. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？あれば具体的にご記入ください。
無・有(_____)

5. 普段、運動をしていますか？(何をどれくらい)
していない・している(_____)

6. 最近3か月のあいだに、海外へ行きましたか？
いいえ・はい(国名 _____ 期間 _____)

7. 女性の方にお聞きします。
現在、妊娠されていますか？または、その可能性がありますか？
無・有(週数: _____)

8. 思い当たるところがあれば、○印をお付けください
〈タバコ〉吸わない・吸う(1日 _____ 本くらいを _____ 年間)
吸っていた(_____ 歳～ _____ 歳まで、1日 _____ 本くらい)
〈お酒〉飲まない・飲む・飲んでいた(_____ を、1日 _____ くらい)

書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡しください。